

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

**Материалы III-й Международной
научно-практической конференции
(г. Красноярск, 24-25 ноября 2016 года)**

КРАСНОЯРСК
2016

УДК 159.9
ББК 88.46
П 86

Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал : материалы III-й Междунар. науч.-практ. конф. (г. Красноярск, 24-25 ноября 2016 г.) / гл. ред. И. О. Логинова. – Красноярск : Версо, 2016. 528 с.

Редакционная коллегия:

И. О. Логинова – главный редактор,
О. В. Волкова – редактор,
С. М. Колкова – редактор,
Е. И. Стоянова – редактор,
Ю. В. Живаева – редактор,
В. Б. Чупина – редактор,
Л. С. Гавриленко – редактор,
О. В. Петряева – технический редактор.

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

ISBN 978-5-94285-154-5

© ФГБОУ ВО КрасГМУ
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого
Минздрава России, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1

ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ С ОПТИМИЗМОМ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ КГАУ СО «КРАЕВОГО ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «УЮТ»

Н.В. Тихонова, Н.И. Бондаренко, И.А. Дахнова 10

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ТРАВМООПАСНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ДЕТЕЙ

Е. В. Захарчук 17

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ У СУДЕБНЫХ ПРИСТАВОВ

Е. Ю. Лазарева, Л. А. Петрова 26

ПРЕОДОЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ БАРЬЕРОВ В СТРУКТУРЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

В. А. Манина 35

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТОМАТОЛОГОВ

Е. О. Пестрякова 42

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ УГОЛОВНО-ИСПРАВИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Т. В. Черникова, А. А. Михеева 50

Раздел 2

ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ И ФИЗИКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ШКОЛЬНИКОВ 12-17 ЛЕТ

Г. Л. Драндров 58

СВЯЗЬ БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ У БЕРЕМЕННЫХ И НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Н. С. Коробова 64

СПЕЦИФИКА ВРЕМЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ЛИЧНОСТИ У СТУДЕНТОВ

О.В. Николаева 74

ПРОЯВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВОСПИТАТЕЛЕЙ ДОШКОЛЬНЫХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ КАК ФАКТОР ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ

М. В. Улейская 82

СТАНОВЛЕНИЕ МАТЕРИНСКОЙ ПОТРЕБНОСТНО-МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ

В.Б. Чупина, ²М.А. Скоробогатова 90

Раздел 3

**ЗДОРОВЬЕ КАК ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ
ЧЕЛОВЕКА**

«ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ» И «ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС»: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОНЯТИЙ

Л.С. Гавриленко, В.Б. Чупина..... 99

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ ЛИЧНОСТИ У СТУДЕНТОВ

О. В. Николаева 115

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ВАЖНЫХ КАЧЕСТВ И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ЛИЧНОСТИ МАШИНИСТА ЛОКОМОТИВА КАК ПОКАЗАТЕЛЯ(ЕЙ) ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

М. В. Сокольская 121

Раздел 4

ПСИХОЛОГО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОЦЕССА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ

ФОРМИРОВАНИЕ Я-ФИЗИЧЕСКОГО В ПРОЦЕССЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ СТУДЕНТОК

О. Ю. Вербина, А. С. Зейнетдинов..... 130

ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИЗНЕННЫХ ПЕРСПЕКТИВ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Ю. В. Живаева, Е. И. Стоянова 137

ПРОЕКТ МОДЕЛИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СТУДЕНТОВ-ИНВАЛИДОВ И СТУДЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В КРАСГМУ ИМ. ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО

О.А. Козырева..... 148

ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКОГО ВОСПРИЯТИЯ НА СОЦИАЛИЗАЦИЮ ДОШКОЛЬНИКОВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ АУТИЗМА

Т.В. Черникова, В.И. Морозова..... 154

ПРОГРАММА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО ВУЗА

М. В. Погодаева, А. А. Шеметова, И. В. Каминская..... 161

СПЕЦИФИКА САМОАКТУАЛИЗАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМИ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМИ О СВОБОДЕ ВЫБОРА

Е. И. Стоянова, Ю. В. Живаева 168

Раздел 5

МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ж. Г. Василькова..... 178

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И. Л. Гуреева, Е. Р. Исаева	187
ВЛИЯНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-БЫТОВЫХ УСЛОВИЙ ПАЦИЕНТОВ НА УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Е. В. Козлов	193
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА М. А. Лисняк, Т. И. Захарова	201
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РИГИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ИШЕМИИ Н. В. Попенко	210
ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ Н. В. Тихонова	216
ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА МИРА ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В. Б. Чупина	222
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИНЫ С НАРУШЕННОЙ ГОТОВНОСТЬЮ К МАТЕРИНСТВУ В. Б. Чупина, М. А. Скоробогатова	228
АССЕРТИВНОСТЬ И МАНИПУЛЯТИВНОСТЬ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Р. Х. Ямалитдинов	238
ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ РЕАДАПТАЦИИ К НОВЫМ КЛИМАТИЧЕСКИМ УСЛОВИЯМ У МИГРАНТОВ КРАЙНЕГО СЕВЕРА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Р. А. Яскевич	247

Раздел 6

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ И ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ И ПРОГРАММЫ В ОБРАЗОВАНИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ НА РАЗВИТИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Н. В. Голева	256
ПРИМЕНЕНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБРАЗОВАНИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА Е. В. Зорина, Л. А. Мудрова, Д. С. Каскаева, Л. К. Данилова	263

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

ДЕСЯТИКЛАССНИКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В РАЗЛИЧНЫХ ПРОФИЛЬНЫХ КЛАССАХ

С. А. Кантиминова, Ю. Р. Гвоздева, ³Т. Ю. Артюхова271

ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ МЕТОДАМИ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

В. А. Кулганов, Л. В. Митяева277

ИССЛЕДОВАНИЕ АДДИКТИВНОГО (ЗАВИСИМОГО) ПОВЕДЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ СКЛОННОСТИ К НЕМУ У ПОДРОСТКОВ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ

С. Ю. Малеева, В. В. Андриенко, Е. Д. Гаврилова283

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ УЧИТЕЛЯ И ЕГО НАРРАТИВНЫЕ КОРРЕЛЯТЫ

Т. В. Черникова291

Раздел 7

РАБОТЫ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

УРОВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Н. Н. Антропова, Н. В. Попенко302

ИССЛЕДОВАНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОЯВЛЕНИЯ МОТИВАЦИИ ДОСТИЖЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ЭКОНОМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ОБУЧЕНИЯ

В. А. Борщ, Ю. В. Живаева306

СПЕЦИФИКА ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ И АЛЕКСЕТИМИИ У СТУДЕНТОВ

Т. А. Гуляева, Е. И. Стоянова310

ИССЛЕДОВАНИЕ САМООЦЕНКИ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Д. А. Думлер, Е. И. Стоянова314

ПОВЫШЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ИНОГОРОДНЫХ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ В ВУЗЕ ПОСРЕДСТВОМ АРТ-ТЕРАПИИ

Е. А. Ефимова, М. А. Лисняк321

ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ, ИМЕЮЩИХ НАРУШЕНИЯ В СМЫСЛОВЫХ ОРИЕНТАЦИЯХ

Д. С. Злобина, Е. И. Стоянова328

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ НЕВРОТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

М. А. Иванова, Н. В. Попенко332

КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА В СТРУКТУРЕ ВЫУЧЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ УЧАЩИХСЯ МЛАДШИХ КЛАССОВ М. О. Калинин, О. В. Волкова	337
ТРЕНИНГ КАК СПОСОБ КОРРЕКЦИИ САМООЦЕНКИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Т. С. Кирпель, О.В. Волкова	344
МОТИВАЦИОННЫЙ ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ ВЫУЧЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА К. В. Ковалева	351
ФОРМИРОВАНИЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА В. А. Кудрявцева, Ю. В. Живаева	357
ИССЛЕДОВАНИЕ ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ В. В. Лазарян, Ю. В. Живаева	362
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У ПОДРОСТКОВ СКЛОННЫХ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ Л. Ф. Маковецкая, Е. И. Стоянова	367
ВЛИЯНИЕ НООГЕНОВСКИХ ЗАДАЧ НА РАЗВИТИЕ МЫШЛЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ Ю. А. Макринова, А. А. Сапун	372
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАЗУМНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ОПЕРАТИВНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ Р. Е. Мельников, И. О. Логинова	378
ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ ИГРОВОЙ И ИНТЕРНЕТ- ЗАВИСИМОСТЕЙ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА К. А. Онянова, Ю. В. Живаева	383
КОРРЕКЦИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Е. В. Островская, Ю. В. Живаева	389
ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ Т. Ю. Павличенко, Ю. В. Живаева	393
ФОРМИРОВАНИЕ ФЛЕКСИБИЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА Е. В. Первухина, Ю. В. Живаева	397
КИНЕЗИОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ МЫШЕЧНЫМИ БОЛЯМИ О. В. Петряева, М. В. Петряев	403
КОПИНГ СТРАТЕГИИ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ (ФОРМИРОВАНИЯ) ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫБОРА А. Л. Платонов, Ю. В. Живаева	409

СЕКСИСТСКИЙ СТЕРЕОТИП «ЖЕНСКОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОСТИ» В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ	
А. И. Путкова, М. А. Лисняк	418
ОСОБЕННОСТИ ИПОХОНДРИИ У СТУДЕНТОВ КРАСНОЯРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	
Н. В. Рассказова, С. М. Колкова	427
ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ	
К. В. Рахманова, М. А. Лисняк, И. А. Маклакова	432
ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НАРКОЗАВИСИМЫХ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО ПРОГРАММЕ «12 ШАГОВ»	
А. В. Рупека, М. А. Лисняк	444
ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ	
Д. В. Сацук, С. М. Колкова	454
ИССЛЕДОВАНИЕ АКЦЕНТУАЦИЙ ЛИЧНОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	
Ю. М. Смирнова, Ю. В. Живаева	458
ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	
Ю. М. Смирнова, Ю. В. Живаева, Е. И. Стоянова	462
СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ ВТОРОЙ ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, НАПРАВЛЕННОЙ НА ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТИРОВАННОСТИ	
Я. И. Спасская, О. В. Волкова	469
ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ ДЕЗАДАПТИВНЫХ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	
Н. А. Тикко, М. А. Лисняк	475
КОРРЕКЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У ПАЦИЕНТОВ ГОСПИТАЛЯ ВОВ	
А. В. Тихоненко, Ю. В. Живаева	483
КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	
И. Ю. Ткачук, Ю. В. Живаева	488
КОРРЕКЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ЛЮДЕЙ С ДИАГНОЗОМ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	
И. Ю. Ткачук, Ю. В. Живаева	493
НЕОБХОДИМОСТЬ В ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА	
Ж. В. Харчева, И. О. Логинова	498

САМООТНОШЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА Г. В. Хинчагов, С. М. Колкова	503
ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ВНУТРИЛИЧНОСТНОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ИХ ЛИЧНОСТНЫХ ИДЕНТИЧНОСТЕЙ С. А. Шевченко, О. В. Волкова	509
НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В. Е. Шумилина, Н. В. Попенко	514
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ 2 КУРСА И. А. Яловка, О. В. Волкова	520

ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

УДК 316.6-053.9

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ С ОПТИМИЗМОМ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ КГАУ СО «КРАЕВОГО ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «УЮТ»

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

Краевое автономное учреждение социального обслуживания
«Краевой геронтологический центр «Уют», Красноярск, Россия

Аннотация. Статья посвящена взаимосвязи между локусом контроля и оптимизмом пожилых пациентов геронтологического центра. Цель данной работы – выявление связи уровня субъективного контроля и оптимизма в пожилом возрасте. При проведении исследования использовались методика Локус контроля (Роттера) и тест «Диспозиционный оптимизм» (Версия Гордеевой - Сычёва - Осина). В результате исследования было установлено следующее: чем выше уровень интернальности, тем ниже уровень оптимизма пожилого человека. В связи с этим необходимо в работе по адаптации и реабилитации пожилых людей в условиях геронтологических центров повышать уровень эмоционального благополучия пациентов.

Ключевые слова: пожилые люди, пожилой возраст, экстернальность, интернальность, уровень оптимизма, уровень пессимизма.

Актуальность. Старение человека представляет собой естественный и закономерный биологический процесс, который проявляется в эволюционирующем и проявляющемся с течением времени постепенным снижением возможностей приспособления организма к окружающей среде. Немаловажно и то, что старение является весьма дискуссионной философской проблемой, а также – предметом исследования социологии, психологии, медицины, экономики, и других отраслей знания.

К настоящему времени общепризнано, что возраст – это всего лишь «точка отсчёта», и что здоровье, продолжительность и качество жизни зависит не только от внешних факторов (окружающая среда) и наследственности, но и самовоспитания человека, его личных устремлений и жизненных ценностей.

Последние сто лет практически во всех странах мира происходит значительное увеличение доли пожилого контингента. Сейчас около 20 % населения – это лица старше 60 лет (Лазебник, 2013). Если обратиться к данным ВОЗ, то средняя продолжительность жизни увеличилась почти на двадцать лет, одновременно со снижением рождаемости, что и привело к увеличению доли людей пожилого и старческого возраста в общей численности населения планеты. Согласно прогнозам ВОЗ, к 2050 году произойдет увеличение продолжительности жизни еще на десять лет (Дьяченко, 2014). В современном российском обществе так же имеет место демографическое старение населения. В настоящее время количество населения старше трудоспособного возраста составляет в нашей стране более 21%, и, по прогнозам, в течение следующих 20 лет возрастет до 25%. В связи с этим, в последние десятилетия вопросы изучение лиц пожилого возраста приобретают важное социально-психологическое и медико-социальное значение.

Пожилой человек как субъект жизнедеятельности – это субъект изменений и развития основных условий своего бытия. Психологическое поле его действий должно быть наполнено новыми смыслами. При этом пожилые пациенты обнаруживают у себя признаки социального старения – некоторые новые области общественной реальности оказываются неосвоенными ими.

Человеку в поздние годы приходится не только адаптироваться к быстро меняющимся социокультурным условиям, но и адаптировать эти условия к себе, участвовать в создании благоприятных для своего развития ситуаций.

Проблемы, которые возникают у пожилых людей с социальной, психологической и экономической точек зрения, говорят о необходимости предоставления им комплексной психосоциальной поддержки.

Цель исследования состоит в определении связи между локализацией уровня субъективного контроля и оптимизмом, как устойчивыми психологическими характеристиками личности, в пожилом возрасте. Мы предположили, что оптимисты данной возрастной группы должны иметь интернальный локус контроля, тогда как пожилые пессимисты – экстернальный.

Исследование диспозиционного оптимизма является одним из наиболее известных в области психологии оптимизма направлений.

Подход Ч. Карвера и М. Шейера строится на основе общей теории саморегуляции поведения – теории (или модели) «Ожидаемой ценности» Аткинсона. В основе этой модели лежит постулат о том, что поведение

строится вокруг некоторой цели, оно направлено на её достижение. В самом общем смысле цели – это состояния или действия, которые люди рассматривают как желательные (цели) или нежелательные (анти-цели). С точки зрения мотивов человека цели могут иметь разную значимость или ценность.

Второй основной элемент данной модели – ожидание, которое выражается в чувстве уверенности или сомнения относительно достижения цели. Если у человека недостаточно уверенности в достижимости цели, то он не будет предпринимать усилий. Сомнение может воспрепятствовать началу действия или разрушить действие в ходе его совершения. Только если у человека достаточно уверенности, он инициирует действие и продолжает свои попытки достигнуть цели при столкновении с препятствиями. Когда люди уверены в конечном успехе, они продолжают действовать даже перед лицом значительных трудностей.

Оптимистами, следовательно, можно назвать людей, которые склонны придерживаться позитивных ожиданий относительно будущего; пессимисты, соответственно, более склонны к негативным. В исследованиях Ч. Карвера и М. Шейера, а также их последователей выявлены различные взаимосвязи оптимизма-пессимизма с другими индивидуально-типологическими особенностями, такими, как соматическое здоровье и субъективное благополучие, широта социальных контактов, подверженность депрессии и стрессам, стили совладания, проявляющиеся, например, в особенностях переживания тяжелого соматического заболевания.

Если соотнести эти постулаты с особенностями людей пожилого возраста, можно смело сказать, что целеполагание и целедостижение в этот период жизни отступают на дальний план, уступая место решению ежедневных насущных проблем. Так же, как и уверенность в достижении самой цели. То есть, другими словами, у пожилых людей становится меньше оптимизма в отношении своего будущего, а также при оценке собственных возможностей – физических и психических.

Это существенно ограничивает эффективность социальной адаптации пожилых людей, заставляя их все больше погружаться в собственные переживания, формируя социальную неуверенность и ограничивая их не только в общении, но и в самореализации.

Другим критерием социальной адаптированности личности является уровень субъективного контроля, т.е. умение человека принимать на себя ответственность за собственное поведение, за результат деятельности в разных ситуациях.

Начать, нужно с того, что найти слову ответственность синоним или альтернативу. Пусть это будет «осознанность», ведь если человек осознает происходящее, то может трезво оценивать и контролировать обстановку. Чем больше ответственности на себя берет человек, тем лучше он понимает жизнь и лучше осознает её, т.е. лучше адаптирован к ней. Ответственность привлекает к жизни, дает смысл и цель. Ответственность, как ни странно дает свободу, когда человек сам отвечает за свою жизнь и вправе делать с ней то, что хочет именно он сам.

Таким образом, ответственность как нравственно-деловое качество, которое характеризует способность личности выступать причиной своих поступков на основе самостоятельного решения и готовности отвечать за их последствия, проявляется в сознательной готовности индивида к деловой зависимости в человеческой общности, основанной на сознательно реализуемых нравственных категориях и обеспечивающей эффективную жизнедеятельность личности в пространстве социокультурных норм. В этом плане ответственность выступает как основополагающее социально-нравственное качество человека.

Одним из измерений ответственности является субъективный локус контроля личности. То есть понятие субъективного контроля определенным образом описывает механизм принятия на себя ответственности.

Локус контроля характеризует свойство личности приписывать свои успехи или неудачи внутренним, либо внешним факторам. Это понятие введено введено социальным психологом Джулианом Роттером в 1954 году (Пчегатлук, 2015).

Теория локуса контроля Дж. Роттера также способствовала развитию исследований личности в терминах атрибуций и ожиданий. Согласно Роттеру, одним из элементов знания о себе является гипотеза людей об источнике их достижений и неудач, успехов и поражений, положительных и отрицательных результатов. В зависимости от содержания этой гипотезы Д. Роттер предложил различать между собой людей в соответствии с тем, где они локализуют контроль над значимыми для себя событиями, или иначе: различать людей с внутренней и внешней стратегиями. Существуют два крайних вида такой локализации, или локуса контроля: интеральный и экстеральный.

Ответственность первого типа («интеральный локус контроля») – это когда личность возлагает на себя всю ответственность за происходящее с ней в жизни. Ответственность второго типа («экстеральный локус контроля») связана с ситуацией, когда человек склонен считать ответственными за все происходящее с ним либо других людей, либо внешние обстоятельства.

Если человек выраженный интернал, т.е. считает себя ответственным за все события, которые с ним происходят, то для него, как правило, характерны вера в свои силы, удовлетворенность трудом, как сферой приложения своих сил. Он более ответственен, вынослив, последователен, эмоционально стабилен, склонен к лидерству, у него высока готовность к самообразованию и самосовершенствованию. Такой человек может отличаться некоторой категоричностью и быть недостаточно восприимчивым к окружающей среде.

Экстерналы – люди внешней стратегии. Они усматривают источник неудач и двигатель успеха вовне себя. Для этих людей характерны такие особенности: несклонность к самокритике и самосовершенствованию, острое чувство социальной ситуации, перемены в ней, восприимчивость к среде. По их мнению, в их деятельности большую роль играют внешние обстоятельства (судьба, случай, люди), они склонны к тревожности, прислушиваются к чужому мнению, не избегают обмана как тактики самооправдания. Экстерналы пожилого возраста часто требуют заботы со стороны власти или просто более молодых людей, предпочитая перекладывать на других ответственность за собственные проблемы, с которыми не справляются самостоятельно.

«Хороший интернальный контроль» предполагает, что человек считает себя ответственным в области достижений и за преодоление неудач, при этом причины неудач не обязательно объясняет отсутствием собственных способностей, а обращается к внешним обстоятельствам. Здесь на помощь пожилым людям приходит их жизненный опыт.

В подростковом возрасте, когда дети осознают свою ответственность и взрослость как не совсем «подлинную», они чувствуют неуверенность в своей новой позиции и остро нуждаются в признании и поддержке этой позиции (Калинина, 2011). Похожие процессы, на наш взгляд, протекают и у пожилых людей, только по иной причине. Если подросткам недостаточно опыта принятия ответственности и получения последствий ее принятия по причине небольшого числа прожитых лет, то в пожилом возрасте у людей меняются не только физические, но и психические параметры. Изменения когнитивных функций приводит к тому, что у пожилых все меньше уверенности в том, что они могут справиться самостоятельно с жизненными трудностями. Они переоценивают значимость собственной психологической «слабости», приписывая себе личностные характеристики, оправдывающие негативные последствия принятых решений и действий, отсюда появляется страх и чувство вины за происходящее.

Любому человеку свойственны признаки того или иного типа, причем, в разных ситуациях может преобладать то один, то другой тип, внутренний контроль которых универсален и характерен по отношению к любым типам событий и ситуаций, с которыми ему приходится сталкиваться (Кадырова, 2012).

Казалось бы, позиция экстерналов удобнее и должна обеспечивать им более благоприятное положение в социальном окружении. Однако многочисленные психологические наблюдения и эксперименты обнаружили устойчивую закономерность: интерналы чаще достигают успеха в творческой и профессиональной деятельности, менее тревожны и агрессивны, способны более стойко защищать свои принципы, чем экстерналы. Интерналы менее подозрительны во взаимоотношениях, чаще вызывают доверие, добиваясь своих целей. Таким образом, интерналы более социально адаптированы. «Чистых» интерналов или экстерналов практически не существует. В каждом человеке есть доля уверенности в своих силах и способностях и доля психологической зависимости от обстоятельств.

Целью нашего исследования стало выявление связи субъективного контроля и оптимизма в пожилом возрасте.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

- Провести тестирование методиками Локус контроля (Роттера) и Диспозиционный оптимизм (Версия Гордеевой - Сычёва - Осина);
- Провести статистический анализ полученных данных;
- Определить направление психологической работы с пожилыми клиентами по повышению оптимизма.

Для исследования были использованы методики:

Методика Локус контроля (Роттера);

- Тест «Диспозиционный оптимизм» (Версия Гордеевой - Сычёва - Осина).

Исследование проводилось среди лиц пожилого возраста на базе Краевого геронтологического центра «Уют», всего был обследован 91 человек, средний возраст испытуемых составил 68 лет.

Анализ выборки лиц пожилого возраста показал, что среди опрошенных 87,5 % лица женского пола и 12,5 – мужского. Респонденты в 82,1 % случаев проживают на территории г. Красноярска и городов Красноярского края, 17,9 % - жители сельской местности. Также, больше половины из них проживают в одиночестве, после потери супруга (56 %), около трети состоят в браке (38 %) и 6 % опрошенных никогда не вступали в семейные отношения.

В ходе исследования было необходимо определить имеется ли связь между интернальностью Локуса контроля и оптимизмом у людей пожилого возраста.

В рамках исследования путем анкетирования была проведена диагностика с целью определения уровня оптимизма у пожилых пациентов и их принадлежности к определенному типу Локус контроля.

Большинство опрошенных лиц пожилого возраста относились к представителям интернальной формы локуса контроля (69 %), пожилые люди экстернальной формы локуса контроля встречались в 31 % случаев. Также, согласно полученным данным 11 % клиентов относятся к оптимистам, 87 % к пессимистам и у 2 % респондентов в равной степени присутствует и оптимизм и пессимизм. При помощи расчета коэффициента корреляции Спирмена была выявлена взаимосвязь между показателями интернальности и уровнем оптимизма. Полученное значение корреляции – 0,575, что говорит о средней обратной связи показателей. Корреляция между интернальностью и оптимизмом в пожилом возрасте статистически значима. Уровень оптимизма обратно пропорционален интернальности локуса контроля.

На основании полученных результатов, можно сформулировать следующий вывод: чем выше уровень интернальности, тем ниже уровень оптимизма пожилого человека. Вероятно, это обусловлено тем, что ожидание того, что в будущем будут скорее происходить хорошие события, чем плохие, для пожилых людей в современной экономической ситуации практически абсурдно. Пожилые люди понимают особенности своего возраста и не испытывают иллюзий в отношении результатов своих действий. А так как когнитивные способности и физические возможности у них снижены, они, при высоком уровне интернальности, не испытывают оптимизма в отношении своего будущего.

Таким образом, тенденция к росту численности пожилых и престарелых требует глубокого изучения демографических процессов и в первую очередь: проблемы пожилых людей, особенностей их развития, биологических и социальных возможностей, их потребностей, активной жизнедеятельности, социальной защиты и помощи, а также коренного изменения социальной политики в отношении этой, наиболее социально незащищенной категории общества.

С увеличением доли пожилых людей в общей численности населения в значительной мере обострилась необходимость внедрения инновационных подходов к реабилитации лиц данной возрастной категории.

Исходя из полученных данных, для специалистов реализующих социально-психологическую реабилитацию пожилых пациентов рекоменду-

ется: использовать методы и формы работы, направленные на повышение уровня эмоционального благополучия и самооценки пожилых людей, внедрять формы и методы психологического сопровождения, позволяющие повышать уровень социальной и психологической эффективности пожилых граждан.

Список литературы

1. Дьяченко И. А. Социально-психологические факторы переживания одиночества в пожилом возрасте: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13. СПб., 2014. 134 с.
2. Конфликтологические аспекты взаимоотношений между пациентами старших возрастных групп с артериальной гипертонией и медицинскими работниками / Е. Л. Давыдов, Р. А. Яскевич, И. И. Барон [и др.] // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2013. № 5 (93). С. 123-126.
3. Елисеев О. П. Практикум по психологии личности. СПб., 2003. С.413–417.
4. Кадырова В. Х. Психологические особенности эмоциональной сферы пожилых людей // Концепт. 2012. № 7. С. 32-34.
5. Калинина Н. В. Формирование социальной компетентности как механизм укрепления психического здоровья подрастающего поколения // Психологическая наука и образование. 2011. № 4. С.16–21.
6. Старение: профессиональный врачебный подход / Л. Б. Лазебник, А. Л. Вёрткин, Ю. В. Конев, Е. Д. Ли, А. С. Скотников. М.: Эксмо, 2013. 320 с.
7. Пчегатлук А. А. Локус контроля в современной психологии // Международный студенческий научный вестник. 2015. № 5-2. С. 272–275.
8. Чупина В. Б., Гавриленко Л.С., Живаева Ю. В. Изучение в теоретическом аспекте влияния характера самооценки на особенности межличностного восприятия // Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании. 2016. № 8. С. 337-340.

УДК 159.92

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ТРАВМООПАСНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ДЕТЕЙ

Е. В. Захарчук

ГБУЗ ТО «Областная больница №2», г. Тюмень, Россия

Аннотация. В статье эмпирически выявлен перечень факторов и механизмов, обуславливают травмоопасное поведение детей. Показано, что может служить ориентиром в работе психолога и врача – предложена модель.

Ключевые слова: травмоопасное поведение, детский травматизм, междисциплинарное взаимодействие.

Актуальность. Десятки миллионов детей нуждаются в медицинском уходе в стационарных клиниках с не смертельными травмами (Доклад о профилактике..., 2009). Поскольку травматизм является главной причиной смертности и инвалидности среди детей во всем мире, предотвращение детского травматизма тесно связано с другими проблемами, относящимися к здоровью детей. Решение проблемы детского травматизма следует сделать центральной частью всех проектов и инициатив по улучшению ситуации с детской заболеваемостью и общим благополучием детей.

В Конвенции о правах ребенка (1989) указано, что каждый ребенок имеет право на наивысший достижимый уровень здоровья и безопасную окружающую среду. Сохранение жизни детей описывают как «самую неотложную моральную дилемму нового тысячелетия». Большинство стран мира ратифицировали эту Конвенцию, которая требует, чтобы все страны приняли надлежащие законодательные, административные, социальные и образовательные меры для защиты детей от всех форм травматизма.

Большинство нарушений при травме носят полностью или частично обратимый характер, что обуславливает актуальность их изучения с целью полноценной медицинской, социально-трудовой и психологической реабилитации пациентов, способствуя снижению как физиологической, так и психологической «инвалидизации» пациентов (Couch J., 2001). Дети, как самая активная часть человечества, всегда будут склонны получать травмы, но хорошо, если это царапины, ушибы и синяки на коленях после активных игр, но не сотрясения и ушибы головного мозга, снижающие качество жизни или же не совместимые с жизнью (Yang C., 2007).

В последнее десятилетие достигнуты значительные успехи в лечении детей, получивших ЧМТ благодаря внедрению современных протоколов диагностики и лечения. Но количество травм в мире не имеет тенденции к снижению (Рупление, 1998). Технический прогресс, стремительное развитие и увеличение количества автотранспорта, стремления к карьерному росту родителей (жизнь между воспитанием и карьерой), работающие родители родителей (увеличение возраста выхода на пенсию), погоня за материальными благами способствует снижению у родителей или лиц их заменяющих ощущения ответственности за безопасность жизнедеятельности детей (как в быту, так и на улице). В социуме недостаточно знаний об этиологических факторах повторного детского травматизма, берущих начало в психике, в семье, в обществе. Решение проблемы повторного детского травматизма, его профилактика и коррекция требует междисциплинарного взаимодействия врачей (нейрохирургов, травматоло-

логов, неврологов, педиатров) и психологов, нейропсихологов, структура которого отсутствует.

Постановка проблемы. С прикладной точки зрения проблема заключается в том, что специалисты различного профиля (нейрохирурги, травматологи, неврологи, педиатры, нейропсихологи) встают перед необходимостью решать задачу, которая выходит за пределы их компетенции. Трудность в том, что у них нет достаточного количества знаний о факторах и средствах профилактики травматизма у детей (особенно повторного). Такие знания им можно было бы дать, но на полноценное их использование у врачей недостает времени.

В этом направлении вполне могли бы работать психологи-консультанты - курировать детей с травмоопасным поведением и их семьи. Препятствие в том, что к ним с подобным запросом родители с травмированными детьми почти не обращаются. В обыденном сознании не сформирована мысль о том, что травматизм может быть системным явлением, обусловленным рядом факторов, большая часть которых находится в пределах семейной ситуации (микросоциальные условия). Потому родители настроены решать проблему травматизации своих детей преимущественно со специалистами с медицинским образованием – именно на них родители возлагают свои надежды.

Было бы финансово очень затратным формировать мысль, что профилактика детского травматизма и посттравматическое сопровождение может быть выполнено с привлечением психолога-консультанта, традиционно, через средства массовой информации – рекламу, разъяснительные передачи и т.п. Люди обычно не слышат предоставляемую им информацию о некоей проблеме, пока она не коснулась их лично. Соответственно, наиболее естественный путь достучаться до родителей – через врачей, к которым чаще всего попадают травмированные дети. Врачам же еще требуется подготовить удобные в применении инструменты для работы с повторно травмирующимися детьми. Эти инструменты должны были бы быть сравнительно простыми и доступными для врачей им в пределах их времени и квалификации.

Цель исследования состоит в выявлении этиологических факторов детского травматизма в контексте индивидуально-психологических особенностей ребенка и социальной ситуации развития (микросоциальный контекст), пути медико-психологического междисциплинарного взаимодействия в рамках коррекции последствий детского травматизма и его профилактики.

Теоретической основой исследования явились достижения в области психологической науки отечественных и зарубежных ученых таких как:

Ф. Александер, Л. С. Выготский, Э. Ф. Данбар, А. Т. Рэусон, Э. Эрик-сон. Достижения в области медицинской науки ученых: Ш. И. Магалов, Т. С. Пашаев, В. В. Шпрах, М. Гарнетт, У. Лишман, Д. Оппенгеймер, Р. Вандерпло.

Новизна работы заключается в том, что показаны пути междисциплинарного медико-психологического взаимодействия в рамках профилактики и коррекции детского травматизма на основе выявленных этиологических факторов повторного детского травматизма в контексте индивидуально-психологических особенностей ребенка и социальной ситуации развития. Предложена модель факторов, обуславливающих травмоопасное поведение детей, которая может служить ориентиром в работе психолога, врача. Показана возможность создания формального анализа факторов травмоопасного поведения ребенка, который позволяет: локализовать источники риска травматизации, выявлять обстоятельства и лиц, на которых можно возложить ответственность за травму ребенка, планировать реабилитационные мероприятия, проектировать систему профилактики травматизации.

В круг научных психологических конструкций введено понятие «травмоопасное поведение», соответствующее объекту нашего исследования. Под травмоопасным поведением понимается поведение, при котором ребенок попадает к врачу с травмами более чем один раз, и причинно-следственные связи этого поведения можно найти в его индивидуально-психологических особенностях и социальной ситуации развития.

Методическая особенность работы заключается в создании ориентировочной анкеты для врачей, работающих с детской травмой, в том числе с повторной травмой, с помощью которой врачи смогут определяться сами, а также предлагать родителям необходимое направление профилактической и коррекционной работы по конкретному детскому травматическому случаю. Анкета представляет собой ряд вопросов, полученных на основании результатов научного исследования, с учетом разработанной нами модели факторов, обуславливающих детский повторный травматизм. Для врачей и психологов консультантов предложены варианты беседы, составлены акценты, на что им обращать внимание при работе с семьями, где есть повторно травмирующиеся дети.

В исследовании приняли участие 70 детей: 30 детей с частыми травмами (2 и более травмы), 20 детей с разовыми травмами, 20 не травмировавшихся детей и 80 взрослых.

Цель исследования – произвести эмпирическую проверку выдвинутых гипотез:

1. Существуют такие этиологические факторы, сочетание которых повышает риск травм у детей, в частности, повторных травм головы:

А. Особенности актуальных жизненных ситуаций и социальных ситуаций, в которые вовлечен ребенок,

Б. Индивидуально-психологические особенности ребенка: личностные, характерологические, темпераментные и физиологические.

2. Ребенок входит в группу риска по повторным травмам головы, если имеются следующие индикаторы:

А. Особенности семейной ситуации следующие: напряженные семейные отношения, ребенку не хватает правил, ребенку недостаёт структурированности социальной адаптации развития.

Б. Индивидуальные особенности ребенка следующие: аутоагрессивные тенденции в поведении, замещение душевной боли телесной, гиперактивное поведение, характерологические особенности.

Средства обследования: интервью с родителями, методики «Субъективная оценка родителями своего типа воспитания», «Критерии выявления гиперактивности по П. Бейкеру и М. Алворду», «Определение темперамента ребенка» (Волков Б. С., Волкова Н. В.), анкеты «Каким я вижу своего ребенка в настоящее время» и «Моя семья», «Психологический портрет родителя / учителя» (Резапкина Г. В.). Проективные тесты для детей для детей: «Несуществующие животное», «Кинетический рисунок семьи», «Семейная социограмма».

Перечень измеряемых параметров: количество травм головы ребенка в течение жизни; стиль воспитания; активность ребенка; семейные взаимоотношения характер коммуникации в семье; представление родителей о ребенке; приоритетные ценности родителей, их психоэмоциональное состояние; самооценка; уровень субъективного контроля; привязанность; дисциплинированность ребенка; отношение родителей к травмам ребенка; тревожность; враждебность; характер; темперамент ребенка; его самооценка; тенденция к деятельности - заинтересованность, страхи, агрессия, принятие решений, уверенность в себе, умение учитывать сигнал опасности.

Контролируемые переменные – возраст, пол детей.

Результаты и их обсуждение. Родители пытаются объяснить проблему высокого уровня травматизма своих детей повышенной двигательной активностью ребенка, его непоседливостью и любознательностью, которая сочетается с несовершенством моторных навыков и координации движений, а также пониженным чувством опасности и страха высоты.

Врачи наталкиваются на бессознательное сопротивление членов семьи, неготовность осознать ими проблему как системную, как их семейную трудность, взять на себя даже часть ответственности за травму.

Психологи предполагают, что отношения между членами семьи могут располагать к повторным травмам у детей. Д. Д. Плетнев писал, что нет соматических болезней без психических из них вытекающих отклонений, как нет психических заболеваний, изолированных от соматических симптомов (Исаев, 2005). Решать проблему с психологами родители могут преимущественно тогда, когда сами догадаются к нему сходить. Взаимодействия между медиками и психологами касательно проблемы травмоопасного поведения у детей пока не налажено.

Можно выделить следующие группы условий, создающих повышенную вероятность травм у детского населения.

1. Социальная ситуация развития охватывает большие жизненные периоды человека (новорожденность, дошкольный возраст, ранний школьный возраст). Положение о значении социальной среды и общения ребенка с взрослыми и сверстниками для психического развития и формирования личности является общепризнанным в современной психологии. Вопрос о механизмах влияния социальной среды на развитие человека интерпретируется по-разному в зависимости от теоретической модели развития, принимаемой в различных школах и направлениях – бихевиоральной психологии, теории социального научения, эпигенетическом подходе, модели экологических систем, психологии операционального развития интеллекта, культурно-историческом подходе. В учение о структуре и динамике психологического возраста Л. С. Выготский ввел понятие социальной ситуации развития как важнейшей характеристики возраста, раскрывающей отношения ребенка и его социального окружения. Возрастная специфика и содержание категории «социальная ситуация развития» в стабильных и кризисных возрастах были подвергнуты глубокому теоретическому и экспериментальному анализу в работах отечественных психологов (Божович Л.И., Давыдов В.В., Лисина М.И., Эльконин Д.Б., Фельдштейн Д.И. и др.). Было показано, что особенности социальной ситуации развития решающим образом определяют направление, содержание и характер развития ребенка в нормативном пространстве возрастного развития.

2. Актуальная жизненная ситуация - такие актуальные жизненные условия человека, которые сменяют друг друга на протяжении одной социальной ситуации развития (см. схему). Эти условия обеспечивают безопасность жизнедеятельности ребенка или, наоборот, создают возможности для травм. Среди них можно выделить:

- материально-бытовые условия: город/село, в котором живет семья (большое количество автотранспорта на дорогах, во дворах, увеличение риска ДТП), этаж (опасность выпадения), наличие автомобиля в семье (ДТП на дороге или на стоянке, ошибки маневрирования и т.п.), бюджет семьи (возможность позволить рискованные развлечения, спорт или нет);

- стиль воспитания, принятый в семье: например, гипопротекция, когда ребенок оказывается на периферии внимания родителей, родителю «не до него» (не сформированы навыки упорядочивания жизнедеятельности, и как правило у родителей и у ребенка) или же в семье недостаточность требований-запретов к ребенку, при этом случае ребенку все можно. Ребенок легко нарушает правила, в том числе и правила дорожного движения, спортивных игр.

- индивидуально-психологические особенности родителей или заменяющих их лиц, а также родственников, педагогов, тренеров. Например, если взрослых мало интересует внутренний мир ребенка, то в отношениях с такими взрослыми дети держат себя настороженно, напряженно, что не может не влиять на их концентрацию внимания (падения, удары). Взаимодействуя с такими взрослыми дети не чувствуют себя в безопасности и комфорте.

3. Повседневные события – те, что наполняют собой актуальные жизненные ситуации. С одной стороны, это типовые социальные ситуации: поездка в транспорте, поведение пешехода при переходе улицы, посещение ребенком детского сада, школы, кружков, секций и т.п. В таких случаях ребенок не задает правил, мало влияет на эти ситуации - поскользнулся в бассейне (потому что там действительно скользко), ударился головой (ситуация представляла риск), упал с горки в детском саду (не пропустил сверстника в соревновательном раже), столкновение со сверстником в школе (принято же бегать по коридорам) и т.п. С другой стороны, это события, которые организуют родители: домашние праздники, вечеринки, спортивные экстремальные игры и т.п., в которых порой создаются рискованные моменты.

В любом случае родители или сами организуют поведение ребенка, или обучают и доверяют им самостоятельно в таких ситуациях вести себя (переходить дорогу, играть со сверстниками и т.п.) (Эйдемиллер Э.Г., 2003). В социальных ситуациях и повседневных событиях взрослые определяют уровень безопасности ребенка, в том числе определяя риск травм.

4. Индивидуальные особенности ребенка: личностные особенности характера, темперамента, физиологические особенности. По данным О. В. Воробьевой (1990) существует ряд индивидуально-психологических

особенностей, характеризующих часто травмируемых детей. Эти дети имеют высокую склонность к риску, двигательно расторможены, возбудимы, эмоционально неустойчивы, склонны к частым переменам настроения (Finset A.), неадекватно ведут себя в стрессовых ситуациях. Как правило, такие дети несамокритичны, часто переоценивают свои способности и возможности.

Г. К. Ермакова (1981) к факторам, повышающим уровень травмоопасности, относит в первую очередь эмоциональные свойства и качества темперамента. Она выделяет, что подверженности несчастным случаям способствуют:

- а) низкий уровень внимания (концентрация, распределение и переключение),
- б) недостаточная сенсомоторная координация,
- в) малая наблюдательность (осмотрительность),
- г) низкая выносливость,
- д) чрезмерно высокая (или низкая) склонность к риску.

Большинство этих детей имели по физкультуре низкую оценку.

Предложена классификация факторов детского травматизма, получившая рабочее название «панорамная модель риска травм». Были отобраны методы диагностики факторов риска повторного травматизма у детей, с целью охватить большее количество таковых. Что предоставляет возможность специалистам увидеть причинно-следственные связи травмоопасного поведения у детей, определиться с направлением необходимой дальнейшей курации в рамках профилактики и коррекции травмирования.

Таблица 1 - Модель факторов риска повторного детского травматизма

Особенности социальной ситуации развития ребенка		Индивидуально-психологические особенности ребенка
В учреждении	В семье	
3. Индивидуально-психологические особенности педагогов (учителей, воспитателей), их отношение к ребенку	2. Индивидуально-психологические особенности родителей или заменяющих их лиц, их отношение к ребенку	1. Личностные качества
6. Стиль воспитания, принятый в общеобразовательном учреждении:	5. Стиль воспитания, правила нормы принятые в семье, режим дня	4. Особенности характера

9. Социально-психологические характеристики коллектива общеобразовательного учреждения.	8. Социально-психологические характеристики семьи	7. Физиологические характеристики
---	---	---

В модели ячейка 1 рассматривается как самая благоприятная с точки зрения возможности повлиять в сторону снижения рисков травматизации (особенно повторной). Движение от ячейки 1 в любом направлении снижает возможности серьезных изменений: вниз по вертикали – характер менять труднее, чем личностные особенности, а физиологию еще труднее; по горизонтали – семейные особенности менее податливы к влиянию, а особенности работников учреждения – еще труднее изменить.

Эта же модель дает ориентиры для проведения анализа ситуации, в которой произошел инцидент – травмирование ребенка, вплоть до ее юридической оценки. А результаты анализа позволят системно спланировать мероприятия по профилактике травматизма.

В результате исследования сформулированы следующие выводы:

1. Причинно-следственные связи травмоопасного поведения можно найти в индивидуально-психологических особенностях ребенка и социальной ситуации развития.

2. На основании теоретического анализа показано, что все факторы повторного травматизма у детей можно свести к двум большим группам: непсихологические и психологические.

3. Предложена классификация факторов детского травматизма, получившая рабочее название «панорамная модель риска травм». Что предоставляет возможность специалистам увидеть причинно-следственные связи травмоопасного поведения у детей, определиться с направлением необходимой дальнейшей курации в рамках профилактики и коррекции травмирования, междисциплинарного взаимодействия.

4. Эмпирическим исследованием выявлены статистически значимые переменные, способствующих повторной травматизации детей, определены предикторы повторной травматизации детей.

5. В списке возможных *смыслов* детской травматизации могут существовать следующие:

- Ребенок травмируется, создает ситуации, где взрослым придется сконцентрироваться на заботе о нем.
- Ребенок травмой завоевывает любовь и внимание к себе.
- Ребенок наказывает себя. Он чувствует, что он же и виноват.

- У ребенка замещается душевная боль телесной (это «заживет», говорят пациенты).

6. Разработана ориентировочная анкета, которая позволит специалистам выявлять группу риска детей по травмоопасному поведению.

Список литературы

1. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб. : Речь, 2005. 400 с.
2. Немсадзе В. П., Амбернади Г. Детский травматизм. М., 1999. 234 с.
3. Немсадзе В. П., Шастин О. О методических основах профилактики детского травматизма // Школа здоровья. 1997. № 2. С. 34-41.
4. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1) (ред. от 07.12.2011).
5. Русленение Ф. В. Детский травматизм в возрастном аспекте, его профилактика и роль общественности в борьбе с ним: автореф. дис. к. м. н. Рига, 1998. 420 с.
6. Ступницкая М. А. Травматизм у детей школьного возраста: причина и профилактика // Школа здоровья. 2001. № 4. С. 54-63.
7. Федеральный закон от 24.07.98 N 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ» (ред. от 17.12.2009).
8. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия : учеб. пособие для врачей и психологов. СПб., 2003. 267 с.
9. Couch J. Chronic daily headache in the posttrauma syndrome: relation to extent of head injury // Headache. 2001. Vol. 41. P.559-564.
10. Finset A., Andersson S. Coping strategies in patients with acquired brain injury: relationships between coping, apathy, depression and lesion location // Brain Inj. 2000. Vol. 14. № 10. P. 887-905.
11. The Association Between the Postconcussion Symptoms and Clinical Outcomes for Patients With Mild Traumatic / C. Yang, Y. Tu, M. Hua, S. Huang // Brain Injury. 2007. Vol. 62. P. 657-663.

УДК 159.923

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ У СУДЕБНЫХ ПРИСТАВОВ

Е. Ю. Лазарева, Л. А. Петрова

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

Аннотация. Профессиональная деятельность судебного пристава-исполнителя, осуществляющего работу по приему граждан, желающих

заплатить или взыскать долг, часто характеризуется большой эмоциональной напряженностью, так как предполагает работу в условиях конфликтных ситуаций, а также необходимость постоянного углубленного изучения правовых документов. В связи с чем, деятельность судебного пристава-исполнителя предъявляет особые требования к личностным характеристикам сотрудников. Целью работы стало исследование психологических особенностей эмоционально-волевой саморегуляции у судебных приставов-исполнителей. В исследовании приняли участие сотрудники службы судебных приставов в количестве 50 человек. Возраст обследуемых составил от 23 до 56 лет, средний возраст $32,4 \pm 6,3$ года. Средний стаж работы $2,6 \pm 2,8$ года. Из них 13 мужчин и 37 женщин. В статье представлены результаты исследования психологических особенностей эмоционально-волевой саморегуляции судебных приставов-исполнителей в зависимости от пола, возраста и стажа работы. Полученные результаты показывают, что волевая саморегуляция больше выражена у мужчин, у сотрудников со стажем до 5 лет и у сотрудников с возрастом до 30 лет. Общая эмоциональность больше выражена у женщин, у сотрудников со стажем работы свыше 5 лет и у сотрудников старше 30 лет. Совладающее поведение у женщин и сотрудников старше 30 лет больше направленно на быстрое снятие эмоционального напряжения, у мужчин на рациональную оценку ситуации. При этом сотрудники со стажем работы более 5 лет и сотрудники с возрастом младше 30 лет больше стремятся к снижению субъективной значимости проблемной ситуации. Характеристики эмоциональности судебных приставов взаимосвязаны с поиском социальной поддержки, принятием ответственности и бегством-избеганием, а волевые характеристики взаимосвязаны с конфронтацией и стратегией бегства-избегания.

Ключевые слова: эмоционально-волевая саморегуляция, совладающее поведение, судебные приставы

Актуальность. Вопросы адаптации личности к различным сторонам повседневной деятельности, в том числе, профессиональным, являются одними из наиболее актуальных в современной психологии и социальных науках (Абитов, 2013; Николаев, Лазарева, 2013, Aleksandrov et al., 2015). Успешность адаптации на рабочем месте нередко связана с условиями труда (Вайберт, Петрова, 2014). С другой стороны, хорошая способность к мобилизации внутриличностных ресурсов профессионалом может позитивно сказываться на результатах его деятельности (Drovnikov et al., 2016; Erdyneeva et al., 2016).

Профессиональная деятельность судебного пристава-исполнителя, осуществляющего работу по приему граждан, желающих заплатить или взыскать долг, почти всегда характеризуется большой эмоциональной напряженностью, так как предполагает работу в условиях часто возникающих конфликтных ситуаций, а также необходимостью постоянного углубленного изучения правовых документов.

В связи с чем, деятельность судебного пристава-исполнителя предъявляет особые требования к личностным характеристикам сотрудников. К которым относится умение контролировать свои действия по принятию решений в конфликтных ситуациях, способность анализировать и прогнозировать последствия принятых решений, эмоциональная уравновешенность, уважительное отношение к людям, способность длительное время сохранять устойчивое внимание, умение противостоять социально-психологическим механизмам воздействия. В свою очередь, напряженная работа и неразвитая способность к эмоционально-волевой саморегуляции довольно часто может приводить к эмоциональным срывам и ухудшению здоровья (Николаев с соавт, 2013). В результате чего эффективность деятельности судебных приставов, непосредственно взаимосвязана с их способностью к эмоционально-волевой саморегуляции.

Целью нашей работы явилось исследование психологических особенностей эмоционально-волевой саморегуляции у судебных приставов-исполнителей.

В исследовании приняли участие сотрудники службы судебных приставов в количестве 50 человек. Возраст обследуемых составил от 23 до 56 лет, средний возраст $32,4 \pm 6,3$ года. Средний стаж работы $2,6 \pm 2,8$ года. Из них 13 мужчин и 37 женщин.

Для исследования характеристик эмоционально-волевой саморегуляции сотрудники были поделены на группы в зависимости от пола, возраста, стажа работы и выявленного уровня эмоционально-волевой саморегуляции. Распределение на группы было следующее: по стажу работы: 39 человек испытуемые со стажем до 5 лет, 11 человек со стажем свыше 5 лет; по возрасту: до 30 лет – 18 человек, старше 30 лет 32 человека; по уровню эмоционально-волевой саморегуляции: высокий уровень выявлен у 11 сотрудников, средний у 31 сотрудника и низкий уровень имеют 8 сотрудников.

В исследовании использован математико-статистический метод обработки результатов исследования в программе Excel 2013 и психодиагностические методики: исследование волевой саморегуляции А. В. Зверьков, Е. В. Эйдман; шкала эмоциональности опросника формально-дина-

мических свойств индивидуальности В. М. Русалова; опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса и С. Фолкмана.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование волевой саморегуляции судебных приставов показало, что волевая саморегуляция в зависимости от пола у судебных приставов характеризуется средним уровнем выраженности, при этом она несколько более выражена у мужчин, чем у женщин (высокий уровень 61,5% и 27%, соответственно). Это свидетельствует о возможном возникновении у мужчин внутренней напряженности, связанной со стремлением контролировать каждое свое действие. Волевая саморегуляция в зависимости от стажа работы характеризуется средним уровнем и чуть больше выражена у сотрудников со стажем до 5 лет (высокий уровень у 30,7% и 27,3% соответственно). Вероятно, это вызвано большей социально-позитивной направленностью, стремлением равномерно распределять усилия и контролировать свои поступки у сотрудников со стажем работы до 5 лет. Волевая саморегуляция в зависимости от возраста у судебных приставов более выражена у сотрудников до 30 лет (высокий уровень 44,4% и 18,7%, соответственно). Что также может быть охарактеризовано как большее стремление контролировать свои поступки и соответствовать тем требованиям, которые предъявляются со стороны профессиональной деятельности, а именно умение контролировать свои поступки, сохранять спокойствие, уверенность в себе и развитое чувство долга.

Настойчивость судебных приставов в зависимости от пола находится в пределах средних значений и более выражена у мужчин (высокий уровень 53,8% и 29,8%, соответственно), что свидетельствует о том, что мужчины больше стремятся к выполнению намеченных целей и подчиняют свое поведение социальным нормам. В некоторых случаях у мужчин (высокий уровень 53,8%) может отмечаться тенденция утраты гибкости поведения, а у женщин (низкий уровень 13,5%) повышение лабильности, неуверенности и импульсивности, компенсируемое повышенной чувствительностью. Настойчивость судебных приставов в зависимости от стажа работы, соответствует среднему уровню выраженности и чуть больше выражена у сотрудников со стажем до 5 лет (высокий уровень 28,2% и 27,2%). Таким образом, уровень настойчивости не меняется в зависимости от стажа работы. Настойчивость у судебных приставов в зависимости от возраста не меняется и находится в пределах средних значений. При этом она немного выше у сотрудников до 30 лет (высокий уровень 33,3% и 25%, соответственно).

Характеристика «самообладание» отражающая уровень контроля над эмоциональными состояниями судебных приставов в зависимости от пола находится в пределах средних значений. Эта характеристика больше выражена у мужчин (высокий уровень 38,5% и 27,0% соответственно). Что свидетельствует о эмоциональной устойчивости, преобладания у них внутреннего спокойствия. Вместе с тем 38,5 % мужчин подвержены повышенной внутренней напряженности и утомляемости. У 27% женщин, имеющих низкий уровень самообладания, могут проявляться такие черты как спонтанность, импульсивность и обидчивость, которые скорее всего являются защитными реакциями и способствуют поддержанию ровного фона настроения. Самообладание судебных приставов остается неизменным в зависимости от стажа работы и составляет средний уровень выраженности, при этом имеются достоверные различия в зависимости от возраста судебных приставов ($p < 0,05$). Таким образом самообладание больше выражено у судебных приставов до 30 лет (высокий уровень 50% и 18,7%).

Исследование характеристик эмоциональности показало, что выявлены достоверные различия между мужчинами и женщинами по шкале «интеллектуальная эмоциональность» ($t = 2,1$; $p < 0,05$), которая достоверно выше у женщин. На достоверно значимый уровень выходит шкала общая эмоциональность, свидетельствующая о том, что имеется тенденция к более выраженной эмоциональности у женщин ($t = 1,5$; $p > 0,05$).

Выявлено, что показатель коммуникативной эмоциональности у мужчин на уровне ниже среднего ($25,9 \pm 4,7$). Что свидетельствует о том, что мужчины имеют достаточно низкую чувствительность к неудачам и ощущение уверенности в себе при общении с другими людьми. Коммуникативная эмоциональность у женщин характеризуется средним уровнем выраженности ($28,3 \pm 7,4$) и свидетельствует о средне-выраженных переживаниях в случае неудач в общении, чувствительности в межличностных отношениях, средняя выраженность уверенности в себе в процессе социальных отношений. Уровень интеллектуальной эмоциональности имеет среднее значение в исследуемых группах ($30,7 \pm 5,2$ и $27,2 \pm 5,5$; $p < 0,05$), при этом он достоверно выше у женщин по сравнению с мужчинами. Что свидетельствует, что у женщин более выражены эмоциональные переживания к неудачам при расхождении между ожидаемым и реальным результатом умственной работы, а также беспокойство по поводу работы связанной с умственным напряжением. Психомоторная эмоциональность у исследованных групп судебных приставов имеет низкий уровень выраженности ($23,5 \pm 5,5$ и $22,7 \pm 4,6$ соответственно). Что свидетельствует о

том, что в большинстве случаев судебные приставы не переживают по поводу невыполнения или плохого выполнения физической работы, что может объясняться хорошей физической подготовкой данных сотрудников. Общая эмоциональность больше выражена у женщин и имеет уровень выраженности ниже среднего, как у женщин, так и у мужчин ($82,5 \pm 16,4$ и $75,9 \pm 12,3$ соответственно). Это характеризует судебных приставов как достаточно спокойных, невозмутимых, уверенных в себе и хорошо умеющих справляться со стрессовыми ситуациями.

Не выявлено достоверных различий в эмоциональности судебных приставов в зависимости от стажа работы. Наблюдаются небольшие тенденции в увеличении психомоторной эмоциональности у сотрудников со стажем работы больше 5 лет. В связи с чем, они склонны чуть больше переживать по поводу недостаточности физической сноровки в выполнении ими служебных обязанностей ($24,9 \pm 4,9$ и $22,8 \pm 5,4$ соответственно). Общая эмоциональность в соответствии с выше приведенными данными тоже чуть больше у сотрудников со стажем работы свыше 5 лет.

Достоверных различий в уровне эмоциональности в исследуемых группах судебных приставов в зависимости от возраста не выявлено. Но имеется тенденция к увеличению коммуникативной, интеллектуальной и общей эмоциональности у судебных приставов возрастом старше 30 лет. Что свидетельствует о том, что с возрастом судебные приставы больше подвержены переживаниям по поводу неудачного межличностного общения и социальных контактов, а также большими переживаниями о необходимости использования в работе умственных нагрузок. Тем самым общая эмоциональность у сотрудников возрастом старше 30 лет, чуть более выражена, чем у сотрудников до 30 лет и характеризуется уровнем ниже среднего.

Исследование способов совладающего поведения у судебных приставов проведено для выявления доминирующей стратегии поведения в трудных и стрессовых ситуациях в процессе выполнения работы.

Наиболее предпочтительными стратегиями как у мужчин, так и у женщин являются отрицание проблемы, попытки снижения субъективной значимости проблемы и рассмотрения ее как стимула для личностного роста. При этом для мужчин наиболее предпочтительными стратегиями совладания со стрессом являются стремление к подавлению и сдерживанию эмоций и высокому контролю над поведением, а также использование целенаправленного анализа ситуации ($t=2,9$; $p<0,005$) и возможных поведения, планирования собственных действий с учетом сложившихся объективных условий. Для женщин предпочтительными являются такие

стратегии, как конфронтация, способствующая разрядке эмоционального напряжения и попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних социальных ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. И редко используемой стратегией совладания у мужчин является признание своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение. У женщин такой стратегией поведения является решение проблемы за счет анализа проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов. В целом совладающее поведение у женщин можно охарактеризовать как направленное на снятие эмоционального напряжения, а у мужчин на рациональную оценку ситуации и планирование собственных действий.

Отличительными особенностями степени предпочтительности используемых стратегий совладания у судебных приставов в зависимости от стажа работы, является то, что судебные приставы, имеющие стаж работы до 5 лет чаще всего, преодолевают негативные ситуации путем отрицания проблемы, отвлечения. А судебные приставы со стажем работы более 5 лет чаще всего для преодоления трудных ситуаций используют попытки снижения субъективной значимости проблемы. В первом случае достигается быстрое снижение эмоционального напряжения, которое в свою очередь имеет кратковременный эффект по снижению эмоционального дискомфорта, возникает вероятность накопления трудностей и невозможности разрешения проблемы. Во втором случае достигается снижение субъективной значимости трудноразрешимых ситуаций и предотвращение фрустрации, сопровождаемое недооценкой возможностей действенного преодоления проблемных ситуаций.

У судебных приставов в возрасте старше 30 лет доминирующими являются такие способы совладающего поведения как бегство-избегание, положительная переоценка, конфронтация ($p < 0,05$), самоконтроль и поиск социальной поддержки. При этом судебные приставы младше 30 лет больше используют стратегию планирования решения проблем, чем лица старше 30 лет. Таким образом, судебные приставы старше 30 лет предпочитают использование стратегий поведения направленных на быстрое снижение эмоционального напряжения в ситуации стресса, положительное переосмысление проблемы, активное противостояние трудностям, избегания импульсивных поступков и привлечение внешних ресурсов для нахождения выхода из проблемной ситуации. Такие стратегии поведения в некоторых случаях могут приводить к накапливанию трудностей, недооценке возможностей по преодолению трудностей, недостаточной целе-

направленности и рациональности поведения, трудностей в выражении переживаний. Судебные приставы младше 30 лет стремятся к снижению субъективной значимости проблемной ситуации и быстрому снижению эмоционального напряжения. При этом возможна вероятность обесценивания собственных переживаний и краткосрочный эффект предполагаемых действий по снижению эмоционального напряжения.

Выявлены достоверные различия у судебных приставов с высоким и низким уровнем эмоционально-волевой саморегуляции по шкалам «Поиск социальной поддержки» ($t=-2,9$; $p<0,01$) и «Бегство-избегание» ($t=-2,7$; $p<0,01$). Это свидетельствует о том, что при снижении уровня эмоционально-волевой регуляции происходит компенсация недостающих личностных характеристик с помощью использования внешних социальных ресурсов. У судебных приставов с низким уровнем эмоционально-волевой саморегуляции наблюдается попытка преодоления проблем за счет отрицания её и отвлечения. Из-за чего может наблюдаться накопление трудностей в решении данной проблемы.

Таким образом можно сделать вывод, что при снижении уровня саморегуляции у судебных приставов происходит компенсация недостающих возможностей за счет большего напряжения механизмов совладания со стрессовыми и трудными ситуациями, что несет высокие риски для состояния здоровья (Лазарева, Николаев, 2014; Ланцова с соавт., 2013).

Выявлены взаимосвязи эмоционально-волевых характеристик и характеристик совладающего поведения судебных приставов. Характеристики эмоциональности взаимосвязаны с поиском социальной поддержки ($p<0,01$), принятием ответственности ($p<0,01$) и бегством-избеганием ($p<0,01$), а волевые характеристики взаимосвязаны с конфронтацией ($p<0,01$) и стратегией бегства-избегания ($p<0,01$).

В результате исследования сформулированы следующие выводы:

1. Исследование волевых и эмоциональных характеристик личности у судебных приставов выявило средние значения данных характеристик, не выходящих за границы нормативных данных.

2. Выявлены особенности эмоционально-волевой саморегуляции в зависимости от пола, стажа работы и возраста:

- волевая саморегуляция в зависимости от пола у судебных приставов характеризуется средним уровнем выраженности, при этом она несколько более выражена у мужчин, чем у женщин; общая эмоциональность больше выражена у женщин и имеет уровень выраженности ниже среднего, как у женщин, так и у мужчин; совладающее поведение у женщин можно охарактеризовать как направленное на снятие эмоционального напряже-

ния, а у мужчин на рациональную оценку ситуации и планирование собственных действий;

- волевая саморегуляция в зависимости от стажа работы характеризуется средним уровнем и чуть больше выражена у сотрудников со стажем до 5 лет; общая эмоциональность тоже чуть больше у сотрудников со стажем работы свыше 5 лет; судебные приставы имеющие стаж работы до 5 лет чаще всего преодолевают негативные ситуации путем отрицания проблемы, отвлечения, а судебные приставы со стажем работы более 5 лет чаще всего для преодоления трудных ситуаций используют попытки снижения субъективной значимости проблемы;

- волевая саморегуляция в зависимости от возраста у судебных приставов более выражена у сотрудников до 30 лет; общая эмоциональность у сотрудников возрастом старше 30 лет, чуть более выражена, чем у сотрудников до 30 лет и характеризуется уровнем ниже среднего; судебные приставы старше 30 лет предпочитают использование стратегий поведения направленных на быстрое снижение эмоционального напряжения в ситуации стресса, положительное переосмысление проблемы, активное противостояние трудностям, а судебные приставы младше 30 лет стремятся к снижению субъективной значимости проблемной ситуации и быстрому снижению эмоционального напряжения.

3. Характеристики эмоциональности взаимосвязаны с поиском социальной поддержки, принятием ответственности и бегством-избеганием, а волевые характеристики взаимосвязаны с конфронтацией и стратегией бегства-избегания.

Список литературы

1. Абитов И. Р. Особенности совладания со стрессом в норме и при психосоматических и невротических расстройствах // Психологический журнал. 2013. Т. 34, № 1. С. 86–96.

2. Вайберт М. И., Петрова Л. А. Взаимосвязь социально-психологического климата с мотивацией работников к труду // Общество в эпоху перемен: формирование новых социально-экономических отношений : материалы VI международной научно-практической конференции. Чебоксары, 2014. С. 30-31.

3. Лазарева Е. Ю., Николаев Е. Л. Особенности агрессивных проявлений у подростков с различными типами акцентуаций в условиях социальной фрустрированности // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014. № 10. С. 21-30.

4. Ланцова Н. Н., Лазарева Е. Ю., Николаев Е. Л. Психологическое исследование аффективных состояний у студентов: гендерные аспекты // Вестник Чувашского университета. 2013. № 2. С. 97-101.

5. Николаев Е. Л., Игнатъев Ю. В., Мухамадиев Д. М. Психическое здоровье на евразийском пространстве культур: клинические, психологические и социальные реалии. Чебоксары, 2013. 378 с.

6. Николаев Е. Л., Лазарева Е. Ю. Адаптация и адаптационный потенциал личности: соотношение современных исследовательских подходов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. № 9. С. 18-32.

7. Theory and reality - image of a man in the social science / A. Aleksandrov, M. Capkova, J. Dostal [et al.]. Ostrava, 2015. 200 p.

8. Teachers professional competence assessment technology in qualification improvement process / A. S. Drovnikov, E. L. Nikolaev, A. S. Afanasev, V. N. Ivanov, T. N. Petrova, G. G. Tenyukova, N. L. Maksimova, F. V. Povshednaya // International Review of Management and Marketing, 2016. Vol. 6, № 1. P. 110-115.

9. Upgrading educational quality synergy of teaching and research / K. G. Erdyneeva, E. L. Nikolaev, A. A. Azanova, G. N. Nurullina, V. I. Bogdanova, A. K. Shaikhislamov, I. V. Lebedeva, E. R. Khairullina // International Review of Management and Marketing. 2016. Vol. 6, № 1. P. 106-110.

УДК 159.98

ПРЕОДОЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ БАРЬЕРОВ В СТРУКТУРЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

В. А. Манина

Оренбургский государственный аграрный университет,
г. Оренбург, Россия

Аннотация. В статье освещены аспекты способности к преодолению барьеров. Но, при этом, способность к преодолению рассматривается в рамках концепции психологического здоровья личности. Представлена информационная модель преодоления психологических препятствий, а также внешние и внутренние ресурсы, которые личность может использовать в процессе преодоления. Выделены этапы преодоления психологических барьеров.

Ключевые слова: преодоление; психологический барьер; психологическое здоровье.

Актуальность. В современной медицине и психологии здоровье рассматривается не только как отсутствие патологий и заболеваний, но и как состояние социального и психологического благополучия. Но на жизненном пути человека постоянно встречаются препятствия, как внешнего характера, так и внутренние. К внешним можно отнести трудные

жизненные ситуации, барьеры. К внутренним относятся комплексы, страхи, негативные личностные свойства.

В независимости от того, какой характер носят возникающие препятствия, их необходимо преодолеть. Если же преодоление, по каким-либо причинам, невозможно, то психологическое здоровье личности окажется под угрозой. На современном этапе неспособность преодолевать препятствия возникает достаточно часто, о чем свидетельствуют многочисленные исследования как отечественных так и зарубежных авторов.

Постановка проблемы. Преодоление барьеров может быть самостоятельным когда мы, прилагая определенные усилия, справляемся с расогласованиями, возникающими между внутренним и внешним мирами. В каких-то моментах мы можем даже не прилагать особых усилий, так как преодоление происходит уже не впервые и мы, используя прошлый опыт, легко перешагиваем возникающие препятствия. Если же барьер не может быть пройден самостоятельно, то мы прибегаем к помощи посторонних людей – близких нам людей или же специалистов в сфере, в которой возникло данное препятствие.

Проблема преодоления барьеров интересует как педагогов, так и психологов. Обратившись к толковым словарям, мы находим следующие определения: в словаре В. И. Даля преодоление обозначается следующим образом: «одолеть, осилить, превозмочь, подчинить себе (преодолеть сам себя)», в словаре С. И. Ожегова – «преодолеть – значит пересилить, справиться с чем-нибудь (преодолеть все трудности)».

В работах Н. Г. Осуховой преодоление описывается, как «стратегия преобразования трудностей посредством материальных или символических действий (коммуникации, язык) в пространстве внешнего мира» (Осухова, 2015). Преодоление обеспечивается активностью индивида, направленной на преобразование трудности, «разрешение проблемы» в процессе предметно-практической или познавательной деятельности. Преодоление предполагает усилия и затраты энергии, высокий уровень саморегуляции, поиск информации, интенсивные раздумья.

Таким образом, как мы видим, для эффективного преодоления необходимо осознание причин трудностей и их устранение.

Согласно исследованиям Л. С. Выготского и С. Л. Рубинштейна, внешние факторы и условия создают предпосылки для реализации внутренних возможностей, проявления внутренних факторов и условий развития личности (Выготский, 2012; Рубинштейн, 1973). Чтобы обучение

и воспитание стало плодотворным, оно должно осуществляться в зоне ближайшего развития (Выготский, 2012), т.е. в условиях повышенной сложности.

В условиях профессиональной деятельности существует большое количество факторов, оказывающих влияние на возникновение психологических барьеров, которые не зависят от личности, и могут быть устранены только внешними усилиями. С другой стороны, внутренние причины барьеров не всегда осознаются личностью, и могут быть скорректированы психологическими методами.

Большинство людей, в состоянии адекватно реагировать на сложившуюся затруднительную ситуацию, у них включаются так называемые мобилизационные механизмы, у тех же, кто не может перешагнуть образовавшийся барьер, включаются демобилизационные механизмы.

Данные, полученные в результате изучения психологических барьеров, в разнообразных сферах профессиональной и социальной деятельности свидетельствуют о том, что различия в путях преодоления психологического барьера связаны с мотивами, установками, отношением личности к ситуации, со значимостью ситуации (Ермолаева, 1996; Парыгин, 2010).

Многие исследователи в своих работах в качестве внутренних стратегий преодоления психологических барьеров называют именно механизмы психологической защиты. В нашем исследовании мы рассматриваем подобные механизмы в качестве факторов, способствующих или препятствующих формированию адаптивной стратегии поведения в ситуации возникновения барьеров.

Анализ защитных механизмов психики позволяет сделать вывод, что некоторые из них (замещение, компенсация, реактивное образование) позволяют человеку ослабить дискомфорт, связанный с ситуацией столкновения с психологическим барьером, и являются факторами, способствующими преодолению барьеров. Другие же виды защит (отрицание, вытеснение, регрессия), наоборот, тормозят процесс преодоления и выступают в качестве факторов, препятствующих преодолению психологических барьеров. Но стоит заметить, что данное деление условно, так как в каждой конкретной ситуации тот или иной механизм психологической защиты может выступать как способствующим, так и препятствующим развитию личности фактором.

Стратегии преодоления психологических барьеров избираются как осознанно, так и не осознанно. Возможно выделение как общих, так и

ситуационных специфических стратегий. Существующие классификации часто относятся к психологическим защитами или к поведению в различных ситуациях дискомфорта.

Адекватность выбора стратегий поведения в критических ситуациях определяется действием защитных механизмов, адаптационными возможностями личности, особенностями восприятия и оценки ею значимой для нее ситуации, стилевыми особенностями саморегуляции деятельности.

Психологическое исследование показывает, что поведение человека во многом зависит от уровня субъективного контроля, или локуса-контроля базовой личностной характеристикой, по которой можно судить о том, в какой степени человек считает себя активным субъектом своей собственной деятельности, а в какой степени – пассивным объектом действия других людей и внешних обстоятельств. Многочисленные экспериментальные исследования свидетельствуют о том, что существует связь между уровнями субъективного контроля и различными формами поведения, а также особенностями личности (Хребина, 2007).

В исследовании Е.В. Чаплиной, интегральной характеристикой, объединяющей особенности всех стратегий преодоления психологических барьеров учебной деятельности, выступает психологическая устойчивость личности, которая включает в себя устойчивость индивидуального сознания личности, проявляющуюся в резистентности психики и связанную с ее стабильностью и изменчивостью; динамические процессы, являющиеся неотъемлемой чертой устойчивости и лежащие в основе частных проявлений: эмоциональной устойчивости, стрессоустойчивости, саморегуляции психических процессов и устойчивости мотивационной сферы.

Согласно информационной модели психологических механизмов, участвующих в процессе преодоления барьеров задействованы три фактора: когнитивный, эмоциональный, поведенческий. Таким образом, в зависимости от того, к какой сфере относятся задействованные в преодолении трудностей внутренние ресурсы, их можно классифицировать.

Рассматривая когнитивную сферу личности можно выделить ресурсы, которые заключаются в понимании причин трудностей, осмыслении ситуации, построении, уточнении образа ситуации и включении его в целостные представления субъекта о себе, окружении и взаимосвязях с окружением. В случае, когда эмоциональное напряжение не слишком высоко, то нацеленность субъекта направлено именно на эту сферу. Вначале требуется изучение проблемной ситуации и выявление самого

значительного стрессора. Во вторую очередь для преодоления необходимо мобилизовать самоанализ и самооценку, а также произвести поиск и оценку всех возможных средств. По результатам произведенной оценки, необходимо сформировать понимание о несоответствии требований ситуации и возможностей субъекта, о ценности различных видов поведения и возможном ущербе, связанном с ними. Особенно большое значение имеет адекватная самооценка и формирование внутренних эталонов, без этого невозможно овладение ситуацией, развитие саморегуляции. Далее определение стратегии преодоления, выбор вариантов самоподкрепления (Кулагина, 2005).

К ресурсам эмоциональной сферы относится осознание и принятие своих чувств и эмоций, потребностей и желаний, вызывающих эти чувства, овладение социально приемлемыми формами проявления чувств, снятие эмоционального напряжения, контроль динамики переживания – устранение застреваний, неполного отреагирования, заикленности.

Часто реакция на трудности наиболее ярко выражена в эмоциональной сфере. Однако было бы неверно предполагать, что преобразования в этой сфере играют решающую роль в преодолении. Она нередко оказывается основной мишенью стрессового воздействия, но главный ресурс для преодоления стресса может быть найден в других сферах психики. Психологическая коррекция без выхода за пределы одной сферы психики, пусть даже наиболее «страдающей», не может быть эффективной. Узловое значение в этом имеет коррекция отношений личности в направлении, обеспечивающем сохранение психического здоровья и полноценное развитие личности. Важную роль здесь играет построение более гармоничных эмоциональных отношений. Широкое распространение в настоящее время получили различные способы психической саморегуляции, психического самосовершенствования, использующие одновременно средства эмоциональной и когнитивной коррекции настроения. В таких подходах можно обнаружить известные издревле способы самовоспитания и владения собой, более поздние способы и приемы ментальной гигиены, современные заимствования западной цивилизацией различных стратегий и тактик боевого единоборства, в том числе различные восточные философские, медицинские, психологические и педагогические учения (Кулагина, 2005).

Ресурсы поведенческой сферы коррекции заключаются в перестройке поведения, в изменении стратегий, планов, целей и задач, режимов

деятельности. Значение этого способа преодоления обусловлено тем, что активность защитных механизмов, смягчающих эмоциональную дисгармонию, или когнитивная переработка ситуации не всегда могут быть наиболее эффективными способами борьбы со стрессом. В поведенческой сфере важнейшей характеристикой преодоления барьеров является направленность изменений – активация или деактивация поведения и деятельности. Бегство или борьба – два основных варианта реагирования на ситуацию, бросающую вызов силам человека (Кулагина, 2005).

Следовательно, рациональное использование внутренних ресурсов, помогает человеку преодолеть возникающие на его пути психологические барьеры и справиться с трудными ситуациями. Чем более развито самопонимание, самоуважение, саморегуляция, уверенность в собственных силах, принятие самого себя, психологическая устойчивость, чем адекватнее самооценка, тем более результативно человек может использовать свои внутренние ресурсы, и соответственно, преодоление психологических барьеров происходит с наименьшими потерями, как времени, так и сил.

Рассмотрев внутренние ресурсы, используемые при преодолении психологических барьеров, хотелось бы обратиться к характеристике внешних ресурсов. В ситуации, когда человек не может самостоятельно преодолеть возникшие перед ним препятствие, он начинает поиски внешних ресурсов преодоления. К этим ресурсам относятся:

- помощь родственников и друзей – большинство людей прибегает к подобной помощи ежедневно при столкновении с психологическими барьерами, даже не задумываясь над этим;
- помощь специалистов-психологов – это одно из наименее развитых направлений помощи, хотя наиболее эффективное.

Таким образом, стратегия преодоления психологических барьеров не может рассматриваться с какой-либо одной позиции, например, действия бессознательного или осознаваемого компонента психики, использования внешних или внутренних ресурсов человека. Все это необходимо рассматривать в комплексе, поэтапно. Можно выделить условные этапы преодоления психологических барьеров:

На первом этапе – это исследование ситуации, субъект рассматривает возможные пути решения. Начинается подобная оценка с выяснения того, насколько и при каких условиях необходимо преодоление возникшего психологического барьера (требуется изучение проблемной ситуации и выявление самого значительного стрессора).

На втором этапе – это поиск ресурсов. Субъект пытается задействовать внутренние ресурсы, если он не преуспевает в этом, то далее человек начинает искать внешние ресурсы, которые помогут ему преодолеть психологический барьер (необходимо мобилизовать самоанализ и самооценку, а также произвести поиск и оценку всех возможных средств).

На третьем этапе – действия, направленные на преодоление барьера. Этот этап наступает в случае неспособности преодолеть барьер самостоятельно. Наиболее эффективным психологическим условием, по нашему мнению, является целенаправленная психокоррекционная, консультативная и психопрофилактическая работа специалиста - психолога.

Преодоление психологических барьеров является сложным процессом. Для формирования эффективной стратегии преодоления психологических барьеров могут быть задействованы как внутренние ресурсы, так и внешние.

В качестве внутренних ресурсов преодоления психологических барьеров можно рассматривать:

- готовность к самоанализу и анализу причин, обуславливающих возникновение барьеров;
- понимания используемых механизмов психологической защиты;
- развитые навыки саморегуляции;
- сформированные навыки психологической устойчивости.

В качестве внешних ресурсов, можно представить такие основные формы работы психолога – психологическая коррекция, психологическое консультирование и психологическое просвещение.

Список литературы

1. Выготский Л. С. Проблемы развития психики // Собр. соч. : в 6 т. Т. 3. М. : Педагогика, 2012. 368 с.
2. Ермолаева Е. П. Предпринимательство: самодиагностика и преодоление психологических барьеров. М.: Академия ИП РАН, 1996. 40 с.
3. Кулагина И. Ю., Колоцкий В. Н. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека : учеб. пособие для студ. вузов. М. : ТЦ Сфера, 2005. 314 с.
4. Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. М.: Академия, 2015. 288 с.
5. Парыгин Б. Д. Социальная психология. Истоки и перспективы. СПб. : СПбГУП, 2010. 533 с.
6. Рубинштейн С. Л. Проблемы общей психологии. М.: Педагогика, 1973. 424 с.
7. Хребина С. В. Организационная психология образования: феноменология и концепция развития. Пятигорск : ПГЛУ, 2007. 288 с.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТОМАТОЛОГОВ

Е. О. Пестрякова

Челябинский государственный университет, г. Челябинск, Россия

Аннотация. Данная статья посвящена актуальной проблеме психического здоровья стоматологов. Профессиональный труд врача-стоматолога отличается высокой эмоциональной, психической и физической нагрузкой. В профессиональной деятельности врача-стоматолога может быть выделен широкий спектр причин, способствующих развитию депрессий и невротических расстройств, в том числе: психоэмоциональное напряжение, перегрузки в профессиональной деятельности, особенности взаимодействия врача с пациентом, неудовлетворительные взаимоотношения в рабочем коллективе, проблемы профессионального роста и карьеры, осложненные условия личной жизни. Результаты исследования невротических расстройств и депрессии у стоматологов выявили высокую частоту синдромально очерченных невротических расстройств и проявлений депрессии. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о неудовлетворительном психическом здоровье стоматологов и указывают на необходимость проведения целенаправленной работы по предупреждению и коррекции психического нездоровья у этой категории врачей.

Ключевые слова: психическое здоровье; психоэмоциональный стресс; невротические расстройства; депрессия; стоматологи.

Актуальность. Одной из актуальных проблем современности является влияние профессиональной деятельности на состояние здоровья специалистов «помогающих» профессий, чья работа тесно связана с интенсивным и эмоционально напряженным взаимодействием с людьми. У этих специалистов часто наблюдаются психические и физиологические реакции на широкий круг ситуаций в трудовой деятельности. Эти реакции являются проявлением такого феномена, как профессиональный стресс.

К категории «помогающих» профессий относится профессия стоматолога. Стоматологи представляют собой одну из наиболее многочисленных врачебных специальностей. По численности они занимают пятое место (8,1%) после врачей лабораторно-диагностического профиля (9,4%),

педиатров (14,8%), терапевтов (21%) и врачей специализированного профиля (28,1%) (Петренко, 2009).

Профессиональный стресс у врачей-стоматологов обусловлен целым спектром профессиональных рисков, вызванных плохими условиями труда, воздействием ряда неблагоприятных для здоровья производственных факторов, в числе которых зрительное и нервно-эмоциональное напряжение при дефиците времени, вынужденная рабочая поза, нерациональное освещение, сменный график работы, опасность передачи инфекции, контакт с аллергенами и токсическими веществами, шум, вибрация, многочисленные социальные контакты разного уровня, необходимость непосредственного общения с другими людьми, особенности взаимодействия врача с пациентом, неудовлетворительные взаимоотношения в коллективе, вопросы профессионального роста и карьеры, высокая моральная и юридическая ответственность, низкая оплата столь ответственного труда, низкий авторитет профессии, отсутствие должного общественного имиджа (Ларенцова, 2009; Сосильникова, 2011; Саркисов, 2014).

Существенным стрессогенным фактором является и то, что на протяжении всей своей профессиональной деятельности стоматологи ежедневно контактируют с пациентами, возбужденными острой зубной болью и боязнью предстоящих болезненных манипуляций в полости рта (в первую очередь это относится к детям). Практически каждый пациент воспринимает зубоврачебную процедуру со страхом, а иногда и с отвращением, перед которыми врач беззащитен, хотя и стремится провести все этапы лечения безболезненно и любезно. Врач-стоматолог, сидя целый рабочий день «лицом к лицу» с пациентом, сопереживает ему в его боли и страхе. Возбуждение пациента может передаваться врачу, так как он принимает достаточно большое число больных (в зависимости от вида приема), немногие из которых ведут себя спокойно в стоматологическом кресле, не мешая врачу выполнять необходимые манипуляции. Сильное или очень сильное напряжение от контактов с пациентами испытывают 49% стоматологов (Ларенцова, 2009; Саркисов, 2014).

При этом требования, предъявляемые к врачу и его профессионально важным качествам со стороны социума, неуклонно возрастают. Врач должен обладать не только необходимыми знаниями, умениями и навыками, но и иметь определенный набор личностных качеств и способностей, в частности, обладать выдержкой, тактом, высокой стрессоустойчивостью и способностью к изживанию негативных эмоций. Вследствие высокого уровня требований со стороны социума, предъявляемых к врачам вообще и к стоматологам, в частности, высокого уровня моральной и юридиче-

ской ответственности при недостаточно высоком уровне престижа профессии врача в обществе и низком уровне заработной платы врачи в настоящее время относятся к наиболее уязвимым категориям специалистов (Бодагова, 2013; Ларенцова, 2009; Сосульникова, 2011; White C., 2002).

По данным современных исследователей, у многих стоматологов еще до начала рабочей смены увеличивается артериальное давление и учащается пульс до верхней границы нормы, что указывает на наличие нервно-эмоционального напряжения, которое сохраняется затем в течение всего рабочего дня (Саркисов, 2014).

Хроническое нервно-эмоциональное напряжение, тревожность и депрессивность способствуют возникновению невротических расстройств и психосоматических нарушений (Бодагова, 2013; Говорин, 2013; Рагозинская, 2011; Tilet, 2003).

Невротические расстройства – это психогенные функциональные расстройства психических (преимущественно эмоционально-волевых) и нейровегетативных функций при сохранении у пациента достаточно правильного понимания и критической оценки симптоматики, себя и окружающих с негрубым нарушением социальной адаптации. В структуре общей заболеваемости стоматологов невротические расстройства занимают первое место (регистрируются в 21,5% случаев) (Саркисов, 2014).

Высокая распространенность различных невротических расстройств у стоматологов обусловлена тесным переплетением социальных и профессиональных факторов невротогенеза (Stansfeld, 2002) и, в свою очередь, отрицательно сказывается на профессиональном и социальном функционировании врачей (Tillet, 2004).

Треть врачей, страдающих невротическими расстройствами, оказывают пациентам меньший по сравнению со стандартами объем помощи. При этом плохое настроение врача затрудняет формирование взаимоотношений с пациентами и снижает качество оказываемой помощи. Получается круговая взаимосвязь, так как оказание помощи пациенту в неполном объеме оказывает негативное действие на психическое состояние врача и облегчают возникновение депрессий (Говорин, 2013; Саркисов, 2014).

Депрессия – это заболевание эмоциональной сферы, главным проявлением которого выступает стойкое снижение, угнетение настроения, сопровождающееся снижением общего уровня активности. Медико-социальными последствиями депрессий являются снижение качества жизни, ухудшение течения любых органических заболеваний, замедление выздоровления и восстановления функций организма, снижение качества и укорочение продолжительности жизни. Социально-экономическими послед-

ствиями депрессий являются высокий риск суицидов, снижение активной трудовой деятельности, увеличение количества разводов, симптоматическое потребление психоактивных веществ, в первую очередь спиртного и наркотиков и пр. (Ковпак, 2013).

Таким образом, актуальность настоящего исследования обусловлена широкой распространенностью невротических расстройств и нарушений депрессивного спектра у стоматологов и неуклонным ростом числа и степени выраженности невротических факторов. Цель исследования состоит в изучении особенности депрессии и невротических расстройств у врачей.

Материалы и методы исследования. Обследовано 40 врачей-стоматологов со стажем работы по данной специальности не менее одного года. Среди обследованных было 16 мужчин и 24 женщины в возрасте от 26 до 55 лет.

В исследовании использовались «Клинический опросник выявления и оценки невротических состояний» К. К. Яхина и Д. М. Менделевича и «Опросник депрессии» А. Бека. Математико-статистический анализ проводился с помощью критерия ϕ^* Фишера.

«Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» К. К. Яхина и Д. М. Менделевича включает в себя 68 вопросов, предполагающих пятибалльную оценку. Проставленные испытуемым баллы переводятся в соответствующие диагностические коэффициенты. Суммируют данные коэффициенты по шести клиническим шкалам: шкала тревоги; шкала невротической депрессии; шкала астении; шкала истерического типа реагирования; шкала обсессивно-фобических нарушений; шкала вегетативных нарушений. Сумма коэффициентов больше «+1,28» указывает на уровень здоровья, меньше «-1,28» указывает на болезненный характер выявляемых расстройств по той или иной шкале.

«Опросник депрессии» А. Бека включает в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям (симптомам) депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. В соответствии со степенью выраженности симптома, каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует, или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома). Некоторые категории включают в себя альтернативные утверждения, обладающие эквивалентным удельным весом. Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования распространенности невротических расстройств у стоматологов с помощью «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний» К. К. Яхина и Д.М. Менделевича представлены в табл. 1.

Таблица 1 – Показатели невротических состояний у стоматологов

Проявления	Уровень выраженности		
	высокий	средний	низкий
Тревога	17,50%	40,00%	42,50%
Невротическая депрессия	32,50%	20,00%	47,50%
Истерический тип реагирования	17,50%	10,00%	72,50%
Астения	5,00%	15,00%	80,00%
Обсессивно-фобические нарушения	10,00%	27,50%	62,50%
Вегетативные нарушения	10,00%	12,50%	77,50%

Как видно из представленных в таблице 1 данных, различные симптомы невротического регистра у обследованных стоматологов распространены достаточно широко. Высокий уровень выраженности проявлений тревоги выявлен у 17,5% испытуемых, еще у 40% испытуемых зарегистрированы умеренно выраженные проявления тревоги.

Высокий уровень выраженности симптомов невротической депрессии выявлен у 32,5% обследованных стоматологов, еще у 20% испытуемых обнаружены умеренно выраженные признаки невротической депрессии.

Высокий уровень выраженности проявлений истерического типа реагирования выявлен у 17,5% обследованных стоматологов, еще у 10% испытуемых отмечаются умеренно выраженные признаки истерического типа реагирования.

Высокий уровень астении выявлен у 15% испытуемых, еще у 5% выявлены умеренно выраженные астенические проявления.

Высокий уровень выраженности проявлений обсессивно-фобических нарушений выявлен у 10% стоматологов, еще у 27,5% данные нарушения выражены умеренно.

Высокий уровень выраженности проявлений вегетативных расстройств обнаружен у 10% испытуемых, у 12,5% испытуемых вегетативные расстройства выражены умеренно.

Далее мы анализировали распространенность невротических расстройств у стоматологов мужского и женского пола. Показатели невротических состояний у мужчин и женщин отражены в таблице 2.

Таблица 2 – Показатели невротических состояний у стоматологов мужского и женского пола

Проявления	Группа мужчин		Группа женщин	
	высокий уровень	средний уровень	высокий уровень	средний уровень
Тревога	18,75%	56,25%	16,67%	29,17%
Невротическая депрессия	37,50%	37,50%	29,17%	8,33%
Истерический тип реагирования	6,25%	0,00%	25,00%	16,67%
Астения	12,50%	18,75%	0,00%	12,50%
Обсессивно-фобические нарушения	12,50%	31,25%	8,33%	25,00%
Вегетативные нарушения	12,50%	12,50%	8,33%	12,50%

Как видно из представленных в таблице 2 данных, выраженность невротических расстройств у стоматологов мужского и женского пола имеет определенные различия. В группе стоматологов-мужчин выше количество испытуемых с проявлениями тревоги, невротической депрессии, астении и обсессивно-фобических нарушений, тогда как в группе стоматологов-женщин выше число лиц с истерическим типом реагирования.

Статистическую значимость выявленных различий мы оценивали с помощью критерия ϕ^* Фишера. Результаты углового преобразования Фишера показали, что среди стоматологов-мужчин доля лиц с проявлениями тревоги значимо выше, чем среди стоматологов-женщин ($\phi^*=1,72$; $p \leq 0,05$).

Также результаты критерия ϕ^* Фишера показали, что в сравнении с группой стоматологов-женщин в группе стоматологов-мужчин значимо выше доля лиц с проявлениями невротической депрессии ($\phi^*=2,27$; $p \leq 0,05$).

При этом, согласно результатам критерия ϕ^* Фишера, в сравнении с группой стоматологов-женщин в группе стоматологов-мужчин значимо ниже доля лиц с проявлениями истерического типа реагирования ($\phi^*=2,78$; $p \leq 0,01$).

Результаты исследования распространенности депрессии у стоматологов с помощью «Опросника депрессии» А. Бека представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Показатели депрессии у стоматологов

Проявления	Степень выраженности			
	выраженная	умеренная	легкая	отсутствие
Депрессия	5,00%	15,00%	27,00%	53,00%

Как видно из представленных в таблице 3 данных, у 53% обследованных стоматологов признаки депрессии отсутствуют. Депрессия легкой степени выраженности выявлена у 27% испытуемых. Депрессия умеренной степени выраженности обнаружена у 15% стоматологов. Выраженная депрессия выявлена у 5% испытуемых.

Далее мы анализировали распространенность проявлений депрессии у стоматологов мужского и женского пола. Показатели депрессии у стоматологов мужского и женского пола представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Показатели депрессии у стоматологов мужского и женского пола

Степень выраженности	Группа мужчин	Группа женщин
Выраженная депрессия	12,50%	0,00%
Умеренная депрессия	12,50%	16,67%
Легкая депрессия	25,00%	20,83%
Отсутствие депрессии	50,00%	62,50%

Как видно из представленных в таблице 4 данных, выраженность депрессии у стоматологов мужского и женского пола имеет определенные различия. В группе стоматологов-мужчин выше количество испытуемых с выраженной депрессией, а также количество испытуемых с легкой депрессией, тогда как в группе стоматологов-женщин выше количество испытуемых с умеренно выраженной депрессией, а также количество испытуемых без признаков депрессии.

Статистическую значимость выявленных различий мы оценивали с помощью критерия χ^2 Фишера.

Результаты углового преобразования Фишера не выявили значимых различий между группами стоматологов мужского и женского пола по числу испытуемых с одинаковой степенью выраженности депрессии.

Проведенное исследование и полученные результаты позволили сформулировать следующие выводы:

1. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о неудовлетворительном психическом здоровье стоматологов и о необходимости проведения целенаправленной работы по предупреждению и коррекции психического нездоровья врачей данной специальности. Так, у 32,5% обследованных стоматологов выявлен высокий уровень выраженности симптомов невротической депрессии, у 17,5% испытуемых – высокий уровень выраженности проявлений тревоги, у 17,5% испытуемых – высокий

уровень выраженности проявлений истерического типа реагирования, у 15% испытуемых – высокий уровень астении, у 10% испытуемых – высокий уровень выраженности проявлений обсессивно-фобических нарушений, у 10% испытуемых – высокий уровень выраженности проявлений вегетативных расстройств.

2. Среди стоматологов-мужчин доля лиц с проявлениями тревоги значимо выше, чем среди стоматологов-женщин (при $p \leq 0,05$). Также в сравнении с группой стоматологов-женщин в группе стоматологов-мужчин значимо выше доля лиц с проявлениями невротической депрессии (при $p \leq 0,05$). При этом в сравнении с группой стоматологов-женщин в группе стоматологов-мужчин значимо ниже доля лиц с проявлениями истерического типа реагирования (при $p \leq 0,01$).

Список литературы

1. Бодагова Е. А., Говорин Н. В. Психическое здоровье врачей разного профиля // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. № 1. С. 21-26.
2. Говорин Н. В., Бодагова Е. А. Психическое здоровье и качество жизни врачей. Томск ; Чита: Изд-во «Иван Федоров», 2013. 126 с.
3. Ковпак Д. В., Третьяк Л. Л. Депрессия. Современные подходы к диагностике и лечению. СПб.: Наука и Техника, 2013. 384 с.
- Ларенцова Л. И. Профессиональный стресс стоматологов. М.: Медицинская книга, 2009. 148 с.
4. Петренко Н. О. Гигиеническая оценка условий труда и риска нарушений здоровья медицинских работников стоматологического профиля : автореф. ... дис. канд. мед. наук. Волгоград, 2009. 16 с.
5. Рагозинская В. Г. Особенности эмоциональных состояний и их нейрофизиологические и микросоциальные корреляты при психосоматических заболеваниях // Психологическое развитие современного человека в аспекте клинической психологии : материалы Всероссийской научно-практической конференции. Челябинск: Сити-Принт, 2011. С. 82-94.
6. Саркисов А. А. Неврологические аспекты проблемы оптимизации профессиональной деятельности врача-стоматолога : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2014. 40 с.
7. Сосильникова Е. А. Особенности синдрома эмоционального выгорания детских врачей-стоматологов : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2011. 24 с.
8. Stansfeld S. Work, Personality and Mental Health // British Journal of Psychiatry. 2002. № 8. P. 96–99.
9. Tilet R. The Patient within – Psychopathology in the Helping Professions // Advances in Psychiatric Treatment. 2003. Vol. 9. P. 272–279.
10. White C. Doctors under Fire. How can they answer back? // British Medical Journal. 2002. Vol. 324. P. 55.

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ УГОЛОВНО-ИСПРАВИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

¹Т. В. Черникова, ² А. А. Михеева

¹Волгоградский государственный социально-педагогический университет,
г. Волгоград, Россия

²Университет «Туран», г. Алматы, Казахстан

Аннотация. Изучены особенности эмоционального выгорания и характер ценностных ориентаций у лиц со стажем до и после 15 лет – служащих учреждения УИС г. Алматы (Казахстан). Обобщенный опыт психопрофилактической работы оформлен в виде рекомендаций для специалистов, работающих с кадрами.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, психопрофилактика, симптомокомплекс, уголовно-исправительная (пенитенциарная) система, хронический стресс, ценностные ориентации.

Актуальность. Важнейшее значение для служащих уголовно-исправительной системы имеет их эмоциональный настрой, напрямую влияющий на характер производственных отношений, на перспективность профессиональных устремлений, а также – на безопасность сотрудников в учреждениях, работающих со специальным контингентом. Сфера деятельности таких работников требует от них стрессоустойчивости, высокой эмоциональной саморегуляции, строгой упорядоченности деятельности и служебного взаимодействия. В целом это можно рассматривать в качестве показателей эмоционального здоровья.

Работники пенитенциарной системы находятся в ряду тех профессионалов, которые в наибольшей степени подвержены эмоциональному выгоранию. Это проявляющаяся в симптомокомплексах эмоционального истощения, социального дистанцирования и профессионального обесценивания растрата энергетических ресурсов. Впервые явление было описано Х. Фрейденбергером, наблюдавшим сотрудников, поначалу работавших с полной самоотдачей и с большим воодушевлением («эмоциональным горением»), но постепенно снижавших свою трудовую активность и профессиональную мотивацию в силу сбоев в состоянии здоровья, а затем – и работоспособности в целом («эмоционального выгорания»).

Постановка проблемы. Явление выгорания широко изучается среди работников пенитенциарной системы, однако чаще всего оно ограничивается диагностикой и констатацией уровня выгорания и/или указания на группы, в наибольшей степени подверженные выгоранию. Когда исследование проводится с целью определения возможностей оказания психопрофилактической помощи конкретной группе служащих пенитенциарной системы, имеется необходимость проводить методику заново, чтобы получить данные «из первых рук».

Эмоциональное выгорание, как редко какой другой психологический феномен, обладает широтой вариаций получаемых диагностических данных. А. А. Хван и Т. Н. Чиркова, сравнивая результаты применения авторами одних и тех же методик на сходных выборках, обнаружили кратный разброс значений (Профессиональный, 2011). При этом отмечено, что различные шкалы методик по изучению эмоционального выгорания дают внутритестовую корреляцию, а методики со сходным предметом исследования – не коррелируют! Видимо, не учитываются дополнительные факторы, которые выявляются авторами, но пока не вносятся в содержание методик. Это, в дополнение к факторам эмоционального истощения (невозможности растрачиваться более), деперсонализации (обезличиванию), редукции личных достижений (безысходность от невозможности что-то изменить) (Maslach, 1981), организационный фактор (тип управления, например: трудовая масса, человеческий фактор, человеческий капитал, человеческие ресурсы) и социально-экономический (безработица). Все исследователи бьются над постижением целостной картины феномена в ходе поисков его взаимосвязи с другими характеристиками личности. Скорее всего, исследователи, наконец, придут к необходимости проведения консолидированного многофакторного лонгитюдного мегаисследования на кросскультурной выборке.

В режиме пилотажного эксперимента изучены проявления личностных особенностей у контролеров учреждения УИС г. Алматы (Казахстан) со стажем до и после 15 лет. Диагностические результаты получены по итогам применения «Методики диагностики выгорания» В.В. Бойко (2004) и методики «Ценностные ориентации» М. Рокича (Лучшие, 1992). Результаты пилотажного эксперимента, касающиеся особенностей эмоционального выгорания и характера ценностных ориентаций служащих УИС г. Алматы и Алматинской области Республики Казахстан, были сопоставлены с результатами, полученными на Российских выборках, с тем чтобы определить общие особенности и закономерности.

Результаты и их обсуждение. Уже на выборке в 30 человек получены статистически значимые различия по подгруппам испытуемых. Общая картина выгорания такова:

- три четверти работников со стажем от 15 лет противостоят симптомокомплексу выгорания за счет перестройки базовых ценностей, важнейшая из которых – ценность материального обеспечения семьи, реализуемая в контексте активной деятельной жизни зрелым профессионалом;
- половина подверженных синдрому выгорания «проскакивает» начальную фазу без заметных симптомов и испытывает значительные эмоциональные перегрузки на следующей фазе, когда стоят вопросы ценностно-нравственного выбора;
- половина всех служащих со стажем свыше 15 лет не выдерживает напряжения и испытывает полное истощение, которое граничит с невозможностью адекватного исполнения предписанных обязанностей, подменной или деформацией смыслов деятельности (см. табл.).

Таблица 1 - Количественные результаты проявления эмоционального выгорания по фазам у контролеров УИС с различным стажем работы (по В.В. Бойко, % испытуемых)

Фазы и симптомы	Контролеры		φ1	φ2	φэмп	Различ- чие знач./ незнач.
	Стаж до 15 лет	Стаж после 15 лет				
1	2	3	4	5	6	7
ФАЗА I. «НАПРЯЖЕНИЕ»	16,0	42,5	0,823	1,420	-1,635	$p < 0,05$
1. Переживание психотравмирующих обстоятельств	6,0	13,1	0,495	0,741	-0,507	$p < 0,05$
2. Неудовлетворенность собой	2,8	9,0	0,336	0,609	-0,747	Незнач.
3. «Загнанность в клетку»	4,4	9,5	0,423	0,627	-0,558	$p < 0,05$
4. Тревога и депрессия	2,8	10,9	0,336	0,673	-0,923	Незнач.
ФАЗА II «РЕЗИСТЕНЦИЯ»	35,2	72,4	1,270	2,035	-2,095	Незнач.
1. Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование	8,3	20,9	0,584	0,950	-1,002	Незнач.
2. Эмоционально-нравственная дезориентация	10,1	16,8	0,647	0,845	-0,542	$p < 0,05$
3. Расширение сферы экономии энергии	5,4	14,1	0,469	0,770	-0,824	Незнач.
4. Редукция профессиональных обязанностей	11,4	20,6	0,689	0,942	-0,698	Незнач.

ФАЗА III. «ИСТОЩЕНИЕ»	21,2	47,	0,957	1,517	-1,534	Незнач.
1. Эмоциональный дефицит	5,4	13,4	0,469	0,750	-0,770	Незнач.
2. Эмоциональная отстраненность	10,2	11,6	0,650	0,695	-0,123	$p < 0,05$
3. Личностная отстраненность (деперсонализация)	2,4	11,4	0,311	0,676	-1,000	Незнач.
4. Психосоматические и вегетативные нарушения	3,2	11,3	0,360	0,686	-0,893	Незнач.

Материалы табл. 2 дают количественное представление о различиях при ранжировании ценностей у работников со стажем до и после 15 лет. Следует с удовлетворением отметить, что у долго проработавших в пени-тенциарной системе людей дискредитации ценностей не произошло.

Таблица 2 – Количество приоритетных выборов терминальных и инструментальных ценностей работниками УИС (по М. Рокичу, % выборов)

Терминальные ценности	До 15 лет		После 15 лет		Инструментальные ценности	До 15 лет		После 15 лет	
	%	Ранг	%	Ранг		%	Ранг	%	Ранг
1	2	3	4	5		6	7	8	9
Здоровье	93,3	1	93,3	1	Воспитанность	86,7	1	93,3	1
Красота природы и искусства	80,0	2	26,7	9	Самоконтроль	80,0	2	6,7	9
Наличие хороших и верных друзей	80,0	2	80,0	2	Честность	80,0	2	80,0	2
Счастливая семейная жизнь	73,3	3	93,3	1	Чуткость	80,0	2	60,0	4
Любовь	73,3	3	93,3	1	Аккуратность	73,3	3	66,7	3
Уверенность в себе	66,7	4	66,7	4	Исполнительность	73,3	3	80,0	2
Материально обеспеченная жизнь	60,0	5	73,3	3	Смелость в отстаивании своего мнения, взглядов	73,3	3	20,0	8
Интересная работа	53,3	6	53,3	5	Жизнерадостность	66,7	4	93,3	1
Свобода	46,7	7	46,7	6	Ответственность	60,0	5	80,0	2
Общественное признание	46,7	7	46,7	6	Образованность	53,3	6	53,3	5

Развитие	40,0	8	40,0	7	Рационализм	46,7	7	33,3	6
Счастье других	40,0	8	33,3	8	Эффективность в делах	33,3	8	66,7	3
Творчество	33,3	9	13,3	11	Высокие запросы	26,7	9	6,7	9
Развлечения	20,0	10	13,3	11	Широта взглядов	20,0	10	20,0	8
Активная деятельность	13,3	11	46,7	6	Независимость	13,3	11	53,3	5
Жизненная мудрость	13,3	11	33,3	8	Нетерпимость к недостаткам других и в себе	13,3	11	0	10
Познание	13,3	11	20,0	10	Терпимость	13,3	11	26,7	7
Продуктивная жизнь	13,3	11	0	12	Твердая воля	6,7	12	33,3	6

Иначе говоря, сотрудники со значительным стажем служебной деятельности продолжают оставаться устойчивыми к негативным влияниям профессиональных факторов благодаря тому, что неизменными по приоритетности остаются терминальные ценности первого рейтингового порядка: «здоровье», «любовь» и «счастливая семейная жизнь», «наличие хороших и верных друзей». Полученные рейтинговые данные позволяют рассматривать указанную группу ценностей в качестве универсального ресурса противостояния эмоциональному выгоранию.

Сходные данные по анализируемой группе терминальных ценностей обнаружены О. А. Рожковым в его исследовании взаимосвязи профессиональной деформации и мотивации личности сотрудников УИС. Ведущими ценностями для сотрудников явились «счастливая семейная жизнь» и «здоровье», а также «наличие хороших и верных друзей», «уверенность в себе». Это интерпретировано так: «при ориентации на гармоничные семейные отношения и поддержание психологического и физического здоровья сотрудник чувствует себя достаточно уверенно при опоре на плечо единомышленников, близких по духу ему людей» (Рожков, 2012; с. 68). Автор специально отмечает, что это «достигается в коллективах с благоприятным психологическим микроклиматом», на что специально обращено внимание в рекомендательной части данной статьи. В системе подбора и управления кадрами эффективным будет работа руководителей, направленная на укрепление престижа семейно-брачных отношений как важнейшего ресурса профессионального здоровья (ради чего и кого стоит переносить производственные трудности). Сбои в семейной жизни

и в попытках ее создания будут выступать дополнительными факторами выгорания, не удерживая ситуацию в конструктивном русле.

В результате исследования были сформулированы следующие выводы. В целях противостояния нарастающему выгоранию 72,4% лиц со стажем свыше 15 лет максимально задействуют ценностные ресурсы поддержки (со стороны ближайшего окружения) и производственной исполнительности. Иерархия их ценностных ориентаций, в сравнении с подгруппой служащих со стажем менее 15 лет, значительно смещена в сторону экономически безопасного жизнеустройства. При этом из жизненного пространства вытесняются ценностные ориентации творческой и эстетической направленности как лишённые прагматического содержания.

Происходящие с возрастом и опытом изменения в базовых ценностях не обеспечены инструментально (в плане средств и путей достижения). Вероятно, это выступает в качестве дополнительного фактора в ряду тех, что приводят половину сотрудников со стажем свыше 15 лет к полному истощению и искажению смысла и назначения своей служебной деятельности.

Существует единое ядро ценностей у служащих с различным стажем служебной деятельности, и именно на них следует опираться в организации работы по противостоянию выгоранию. Это «любовь» (дом, семья и ее экономическая безопасность, связи с близкими людьми) и «работа» (самореализация в труде, признание достижений).

На основании результатов сформулированы следующие рекомендации:

Исходящие из полученных диагностических данных выводы, соотнесенных с материалами других исследований сходной тематики, дают основание очертить проблемное поле для разработки психологических средств и организации психопрофилактической работы со служащими УИС (Бухтояров, 2015; Горбунов, 2007; Тропов, 2008). Ссылка на сходные исследования позволила очертить круг возможностей для профилактики выгорания сотрудников, в среде которых добровольное обращение за индивидуальной помощью к психологу стигматизировано. Перечень средств профилактики включает в себя мероприятия, рекомендованные для реализации администраторами, психологами и другими специалистами по работе с кадровым составом, самими служащими.

Со стороны администрации учреждений УИС ожидается организационная работа, способствующая укреплению психологического здоровья сотрудников и профилактики у них синдрома эмоционального выгорания через:

- утверждение престижности трудовой миссии на сложном участке государственной службы;

- установление обоснованных критериев оценки труда и организационное упорядочивание факторов материального и морального стимулирования ответственных работников;
- расстановку кадров по должностям в соответствии с уровнем образования и профессиональной компетентности работников; карьерное продвижение отличившихся по службе;
- нивелирование негативных факторов организационной среды учреждения заботой о бытовых условиях жизни и состоянии здоровья подчиненных.

Со стороны специалистов, ответственных за кадровую и воспитательную работу, в плане профилактики эмоционального выгорания сотрудников, ожидаются:

- в период приема на службу и адаптации на рабочем месте осуществлять достоверное профилактическое информирование об особенностях и психотравмирующих факторах производственной среды учреждения;
- рекомендации по повышению в должности отличившихся по службе сотрудников, имеющих характеристики профессионально-личностной зрелости;
- поддержание моральными средствами ценности эмоционального благополучия семьи и престижа здоровых брачных отношений;
- восполнение культурно-эстетического дефицита учреждения УИС мероприятиями высокохудожественного содержания и рекреационной направленности.

Со стороны психолога учреждения УИС ожидается работа, специально направленная на предупреждение эмоционального выгорания кадров в ходе выполнения служебной деятельности, в ходе которой предстоит:

- с учетом степени текучести кадров рядовых сотрудников проводить регулярную работу по отслеживанию состояния психологического здоровья путем проведения мониторинговых исследований;
- одновременно с обсуждением результатов диагностики по выявлению предрасположенности к эмоциональному выгоранию определять личностные ресурсы противостояния путем предоставления индивидуализированных рекомендаций;
- выявление и поддержка способов укрепления положительного психологического климата коллектива сотрудников, в том числе путем организации психологических сообществ в клубных формах с целью самообразования и повышения компетентности работников в вопросах самопознания и саморегуляции;

- разработка обоснованных предложений по учету психологической совместимости и срабатываемости сотрудников смены (вахты), отдела (участка) и др.

Со стороны самих сотрудников учреждения ожидается просоциально ориентированная активность по поиску и укреплению у себя и коллег факторов эмоциональной устойчивости в условиях длительного стрессового воздействия производственной среды, в результате чего будет обеспечено:

- признание ценности семейноориентированных устремлений и конструктивных семейно-брачных отношений как нормы жизни взрослого человека;

- отношение к служебной деятельности одновременно как способу профессионально-личностной самореализации и средству обеспечения экономической безопасности семьи;

- участие в различных формах интеллектуальной активности (дополнительное образование, саморазвитие) и состязательности (конкурсы, клубы, викторины);

- активность в поддержании традиций и создании инновационных форм конструктивной конкуренции в спортивно-досуговых формах (командный спорт, индивидуальные единоборства и др.).

Список литературы

1. Бойко В. В. Энергия эмоций. СПб. : Питер, 2004. 474 с.
2. Бухтояров О. В., Самарин А. М., Чванова Ю. О. Эмоциональное выгорание у сотрудников уголовно-исправительной системы России // Вопросы психологии. 2015. № 4. С. 92–101.
3. Горбунов К. Г., Куагов А. К. Особенности мотивации служебной деятельности сотрудников УИС с различным трудовым стажем // Вестник Омского ун-та. Серия «Психология». 2007. № 2. С. 61–67.
4. Лучшие психологические тесты для профотбора и профориентации / под ред. А. Ф. Кудряшова. Петрозаводск, 1992. С. 112–114.
5. Профессиональный и организационный стресс: диагностика, профилактика и коррекция : материалы всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. 7–8 октября 2011 г. Астрахань, 2011. 207 с.
6. Рожков О. А. Взаимосвязь профессиональной деформации и мотивации личности сотрудников уголовно-исправительной системы // Научный диалог. 2012. № 6. С. 61–72.
7. Тропов В. А., Новиков И. А., Сидоров П. И. Особенности синдрома эмоционального выгорания и профессионально-личностных изменений у оперативных сотрудников уголовно-исправительной системы // Экология человека. 2008. № 9. С. 14–18.
8. Maslach C., Jackson S. The measurement of experienced burnout // Journal of Occupational Behavior. 1981. Vol. 2. P. 99–113.

ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

УДК 37.037.1

ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ И ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ШКОЛЬНИКОВ 12-17 ЛЕТ

Г. Л. Драндров

Чувашский государственный педагогический университет

им. И. Я. Яковлева,

г. Чебоксары, Россия

Аннотация. Цель работы - изучить особенности динамики здоровья и физкультурно-спортивной активности школьников 12-17 лет в условиях обучения в современной общеобразовательной школе. В статье приведены результаты экспериментального исследования показателей самооценки здоровья и физкультурно-спортивной активности с участием 317 школьников, из них 102 человека обучались в 6 классе, 95 – в 8 классе, 120 человек – в 10 классе. Установлено, что около одной трети школьников дают своему здоровью и физической подготовленности удовлетворительную оценку. Испытуемые достаточно высоко оценивают уровень своих знаний в области физической культуры и спорта: около 80 % ответили, что они знают много и достаточно много.

Общая физическая нагрузка школьников в неделю составляет в среднем 3,71-4,49 часа, физическая активность от 6-го до 10-го класса постепенно снижается, одновременно повышается доля школьников, которые не удовлетворены уроками физической культуры – от 6,8 % до 16,7 %. Почти половина испытуемых не вовлечены в занятия спортом. Для остальных школьников наиболее значимыми причинами включения в занятия спортом является возможность «улучшить свое здоровье», «уметь управлять своим телом», «стремление побеждать». Следующими по значимости причинами являются «возможность встречаться со своими друзьями, «заниматься для развлечения», «быть как спортивная звезда» и «для будущей работы». С возрастом снижается значимость таких причин как «побеждать», «улучшить свое здоровье», уметь управлять своим телом», «быть как спортивная звезда».

Ключевые слова: школьники 6-10 классов, самооценка, анкетный опрос, здоровье, физическая активность, мотивы занятий физической культурой, физическое воспитание

Актуальность. Здоровье и культура человека всегда были, есть и будут одними из основных ценностей, которые характеризуют развитость цивилизации. Установка на здоровье, а соответственно, и на здоровый образ жизни, как известно, не появляется у человека сама собой, а формируется в результате определенного педагогического воздействия (Лубышева, Максачук, 2012; (Аустер, Бушева, 2015). Существенная роль в укреплении и сохранении здоровья принадлежит физической культуре (Бурцев, 2014). Статистические данные, приводимые учеными, врачами и педагогическими работниками, свидетельствуют о том, что за время учебы в школе у многих учащихся наблюдается снижение показателей здоровья и физической подготовленности. Это говорит о том, что традиционные подходы к организации физического воспитания школьников не позволяют кардинально изменить ситуацию (Драндров, 2007); (Комков, 1998).

Решение этой задачи предполагает проведение мониторинга состояния здоровья и степени активности школьников в сфере физической культуры. Результаты мониторинга являются необходимым условием принятия правильных управленческих решений по совершенствованию физического воспитания школьников, повышения оздоровительной роли физической культуры в учебно-воспитательном процессе общеобразовательной школы.

Вышесказанное определяет актуальность проблемы нашего исследования, которая сформулирована следующим образом: Каковы уровень и динамика состояния здоровья и уровня физкультурно-спортивной активности школьников 12-17 лет?

Цель исследования состояла в изучении особенности динамики здоровья и физкультурно-спортивной активности школьников 12-17 лет в условиях обучения в современной общеобразовательной школе.

Предполагалось, что традиционные подходы к организации учебно-воспитательного процесса в общеобразовательной школе в 6-10 классах приводят к снижению уровня здоровья и степени физкультурно-спортивной активности учащихся.

Для достижения цели исследования применялись методы анкетного опроса и математической статистики.

Методика анкетного опроса применялась для измерения и оценки показателей самооценки здоровья и физической подготовленности, степе-

ни вовлеченности школьников в занятия физическими упражнениями в учебное и во внеучебное время, в занятия спортом в школьных секциях и в ДЮСШ, отношения к урокам физической культуры и т.д. Анкетирование проводилось с помощью разработанной нами анкеты.

В исследовании приняли участие 317 школьников, из них 102 человека обучались в 6 классе, 95 – в 8 классе, 120 человек – в 10 классе. Все испытуемые по состоянию здоровья относились к основной медицинской группе.

Результаты исследования, приведенные в таблице 1, показывают, что половина испытуемых (от 45,1 % в 6 классе до 51,6 % в 8 классе) оценивают свое здоровье на оценку «хорошо», почти треть из них, (что является тревожным фактом) дают своему здоровью только удовлетворительную оценку (от 27,4 до 35,3 %). Превосходно оценивают состояние своего здоровья только незначительная часть испытуемых: примерно один из десяти испытуемых. Плохую оценку своему здоровью дают только отдельные испытуемые.

Таблица 1 - Показатели самооценки здоровья, физической подготовленности и знаний в области физической культуры школьников 6-10 классов

Вопросы анкеты	Группы испытуемых		
	6 класс	8 класс	10 класс
Как ты оцениваешь свое здоровье? (в %)			
Превосходно	16,70	13,70	8,30
Хорошо	45,10	51,60	48,30
Удовлетворительно	35,30	27,40	34,20
Плохо	2,90	7,40	9,20
Как ты оцениваешь свою физическую подготовленность? (в %)			
Превосходно	14,70	8,40	5,80
Хорошо	52,90	62,10	44,20
Удовлетворительно	31,40	27,40	41,70
Плохо	1,00	0,00	8,30
Как ты оцениваешь свои знания в области физической культуры? (в %)			
Знаю много	18,60	13,70	14,20
Знаю достаточно	61,80	63,20	65,00
Знаю мало	13,70	18,90	18,30
Не знаю и не считаю необходимым знать	0,00	4,20	2,50

При анализе возрастной динамики изучаемых показателей выявлено, что в 8 классе наблюдается повышение самооценки своего здоровья, но к 10 классу она вновь опускается до тех значений, которые были выявлены в 6 классах. Наряду с этим наблюдается снижение доли испытуемых, оцени-

вающих превосходно свое здоровье (от 16,7 до 8,3 %), одновременно увеличивается количество испытуемых, оценивающих свое здоровье как плохое (от 2,9 до 9,2 %). Примерно такая же картина наблюдается и в оценке испытуемыми показателей своей физической подготовленности. Количество испытуемых, превосходно и хорошо оценивающих свою физическую подготовленности с 6-го по 10 класс снижается от 67,6 % до 50, %, вместе с этим увеличивается количество школьников, дающих удовлетворительную и плохую оценку - от 32,4 до 50,0 %. При анализе возрастной динамики изучаемых показателей выявлено, что в 8 классе наблюдается некоторое повышение самооценки физической подготовленности, но к 10 классу она вновь опускается ниже тех значений, которые были выявлены в 6 классах.

Испытуемые достаточно высоко оценивают уровень своих знаний в области физической культуры и спорта: около 80 % ответили, что они знают много и достаточно много.

Результаты исследования, приведенные в таблице 2, показывают, что испытуемые занимаются физическими упражнениями около 3 раз в неделю. При этом количество занятий физическими упражнениями от 6-го до 10-го класса постепенно снижается от 3,17 до 2,90.

Таблица 2 - Показатели физической активности школьников 6-10 классов

Вопросы анкеты	Группы испытуемых		
	6 класс	8 класс	10 класс
Количество занятий физическими упражнениями в неделю			
	3,17	3,12	2,90
Занимаешься ли ты в спортивной секции? (в %)			
Нет	49,00	29,50	46,70
Нет, но раньше занимался	22,50	31,60	25,80
Да, я занимаюсь в школьной секции	14,70	14,70	11,70
Да, я занимаюсь в ДЮСШ	13,70	24,20	15,80
Сколько часов в неделю ты занимаешься физическими упражнениями?			
Во время учебных занятий	1,49	1,78	1,68
В свободное от уроков время	2,22	2,71	2,50
Будешь ли ты заниматься спортом, когда тебе исполнится 20 лет? (в %)			
Конечно, да	39,2-	36,80	17,50
Вероятно, да	50,0	50,50	65,00
Вероятно, нет	9,80	9,50	15,80
Конечно, нет	1,00	3,20	1,70

Во время учебных занятий испытуемые занимаются в среднем от 1,49 до 1,78 часов в неделю, во внеучебное время – от 2,22 до 2,71 часа. Общая двигательная нагрузка в неделю составляет в среднем 3,71-4,49 часа, что значительно ниже рекомендуемых врачами и педагогами норм и недостаточно для сохранения и укрепления физического здоровья.

Спортом занимаются в школьной секции всего 11,7-14,7 % испытуемых, в ДЮСШ – 13,7-24,2 %. Почти половина испытуемых (49,0 % в 6 классе и 46,7 % в 10 классе) не вовлечены в занятия спортом. Обращает внимание всплеск спортивной активности у школьников 8 классов: среди них больше тех, кто занимается или в школьной секции и в ДЮСШ - 38,9 %. Но к 10 классу этот показатель вновь опускается до уровня, который наблюдался в 6 классе – до 27,5 %. Наряду с этим большая часть планирует в будущем (в 20 лет) заниматься спортом (89,2 % шестиклассников, 87,3 % восьмиклассников и 82,5 % десятиклассников). Количество испытуемых, которые не планируют включиться в будущем в занятия спортом, увеличивается с 10,8 % в 6 классе до 17,5 % в 10 классе.

Установлено, что подавляющему большинству шестиклассников уроки физической культуры очень нравятся (42,2 %) и в целом нравятся (50,0 %). К 8 классу снижается доля испытуемых, которым уроки физической культуры очень нравятся (до 29,5 %), вместе с этим увеличивается доля школьников, которым эти уроки нравятся в целом (до 54,7 %). Среди десятиклассников уже преобладают те, которым уроки нравятся в целом (56,7 %), те же школьники, которым эти уроки очень нравятся, составляют всего 25 % от общей выборки. Наряду с этим возрастает количество школьников, которые не удовлетворены уроками физической культуры – от 6,8 % до 16,7 %.

Сравнительный анализ показателей относительной силы причин занятий физическими упражнениями, проранжированных по 5 бальной шкале, показывает, что наиболее значимой причиной включения в занятия спортом является возможность улучшить свое здоровье (4,37-4,64 балла). На втором месте находится причина «уметь управлять своим телом (4,23-4,4,34 балла), на третьей позиции – стремление побеждать (3,67-4,12 балла). Следующей по значимости причиной занятий спортом называется возможность встречаться со своими друзьями (3,83-3,87 балла). Три причины: «заниматься для развлечения», «быть как спортивная звезда» и «для будущей работы» являются по значимости примерно одинаковыми (3,55-3,82 балла, 3,43-3,66 балла и 3,62-3,81 балла соответственно).

Самой незначимой причиной испытуемые назвали «угодить родителям» (3,02-3,33 балла).

Рассматривая возрастную динамику степени значимости причин занятий спортом, можно отметить, что с возрастом снижается значимость таких причин как «побеждать» (от 4,12 до 3,67 балла), «улучшить свое здоровье» (от 4,60 до 4,37 балла), уметь управлять своим телом» (от 4,34 до 4,23 балла), «быть как спортивная звезда» (3,55 до 3,43 балла). Вместе с этим значимость причин «заниматься для развлечения», «угодить родителям», «для будущей работы», «встречаться со своими друзьями» существенно не изменяется.

Обращает внимание более высокий уровень значимости причин заниматься спортом у школьников 8-х классов по сравнению с шестиклассниками и десятиклассниками.

В заключении сформулируем следующие выводы: при традиционных подходах к организации физического воспитания в школе наблюдается снижение удовлетворенности учащихся уроками физической культуры, объема физической активности, самооценки показателей здоровья и физической подготовленности, ослабление мотивов занятий физической культурой и спортом, связанных с достижением успеха, укрепления здоровья и улучшения телосложения.

Список литературы

1. Аустер А. В., Бушева Ж. И. Исследование мотивов отношения к двигательной активности гимназистов 7-10 лет северного города // Теория и практика физической культуры. 2015. № 7. С. 92-94.
2. Бурцев В. А., Драндров Г. Л., Бурцева Е. В. Теоретические и методические основы формирования положительного ценностного отношения подростков к здоровью и здоровому образу жизни на основе спортизации физического воспитания. Чебоксары: Чуваш. гос. пед. ун-т, 2014. 147 с.
3. Драндров Г. Л., Кисапов Н. Н., Никоноров В. Т. Противоречия традиционной системы физического воспитания школьников и пути их разрешения // Образование и саморазвитие. 2007. Т. 1. № 3. С. 145-150.
4. Комков А. Г. Социально-педагогический мониторинг показателей физической активности, состояния здоровья и культурного развития школьников // Теория и практика физической культуры. 1998. № 6. С. 2-7.
5. Лубышева Л. И., Максачук Е. П. Ценностные ориентации и стиль жизни юных спортсменов в аспекте социологического анализа // Теория и практика физической культуры. 2012. № 6. С. 2-5.

СВЯЗЬ БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ У БЕРЕМЕННЫХ И НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Н. С. Коробова

Челябинский государственный университет, г. Челябинск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты исследования взаимосвязи базисных убеждений и психологической готовности к материнству у беременных и небеременных женщин. Обследовано 30 беременных женщин в третьем триместре беременности (в том числе 14 первородящих и 16 повторнородящих женщин) и 30 небеременных женщин без опыта материнства, планирующих деторождение. Согласно результатам корреляционного анализа, как у беременных женщин, так и у небеременных женщин показатели базисных убеждений и психологической готовности к материнству образуют между собой статистически значимые связи, при этом структура этих связей в трех исследуемых группах имеет как общие черты, так и специфические особенности.

Ключевые слова: беременность; психологическая готовность к материнству; базисные убеждения.

Актуальность. Одна из острых проблем современности – падение рождаемости и высокий уровень девиантного материнства. Важным условием продуктивного материнского поведения является психологическая готовность к материнству. Психологическая готовность к материнству – это специфическое личностное образование женщины, стержневой образующей которого является субъектная ориентация в отношении к ребенку и которое во многом определяет ее отношение к беременности, родам и физиологическим проявлениям нормальной родовой деятельности, готовность к сотрудничеству с медицинскими работниками, участвующими в родовспоможении, влияет на характер протекания родов, на продолжительность грудного вскармливания и на формирование отношений привязанности между матерью и младенцем (Мещерякова, 2000).

Психологическая готовность к материнству закладывается в форме внутренней позиции задолго до наступления беременности и проходит определенный путь развития в ходе становления материнской сферы, испытывая влияние как благоприятных, так и неблагоприятных факторов,

в том числе: адаптации к супружеству, истории ее жизни, особенностей коммуникативного опыта в раннем детстве, модели материнства ее матери и удовлетворенности взаимоотношениями с ней, здоровья женщины, опыта беременности и материнства (Гридяева, 2016; Гурьянова, 2004; Демина, 2013; Мещерякова, 2000; Филиппова, 2002). Кроме того, считается, что на формирование психологической готовности к материнству могут оказывать влияние ее личностные особенности (Филиппова, 2002). Однако личностные факторы психологической готовности к материнству изучены недостаточно. Между тем, именно от них во многом зависит психическое и физическое благополучие самой женщины во время беременности и родов, а также развитие ребенка.

Мы предполагаем, что среди психологических свойств женщины, оказывающих влияние на становление ее материнской сферы, важное место занимает здоровое чувство безопасности. По мнению Р. Янофф-Бульман, здоровое чувство безопасности, являющееся одним из базовых ощущений нормального человека, основано на трех категориях базисных убеждений, составляющих ядро субъективного мира человека: 1) на вере в то, что в мире больше добра, чем зла; 2) на убеждении в том, что мир полон смысла; 3) на убеждении в ценности собственного «Я» (Janoff-Bulman, 2006). Базисные убеждения формируются в процессе генерализации личностью эмоционально значимого опыта при взаимодействии с внешним миром. Первые устойчивые представления о мире и о себе складываются у ребенка в детстве через взаимодействие со значимым взрослым, когда ребенок начинает структурировать собственный опыт, создавая базисные убеждения о доброжелательности / недоброжелательности окружающего мира и о себе как достойном / недостойном любви и заботы (Epstein, 2003). В дальнейшем восприятие любых событий жизни преломляется через имеющиеся у индивида базисные убеждения, поскольку обработка всей поступающей информации на их основе предшествует по времени произвольным рациональным процессам (Janoff-Bulman, 2006). Лица с негативными базисными убеждениями в сложных ситуациях менее успешно совладают со стрессом и склонны к соматизации аффекта (Падун, 2012; Рагозинская, 2013; Рагозинская, 2015).

Постановка проблемы. Учитывая вышеизложенное, мы предполагаем, что важным условием формирования у женщины психологической готовности к материнству является зрелость ее системы базисных убеждений. Критериями зрелости системы базисных убеждений считаются умеренно выраженные показатели чувства базисного доверия к окружающему миру, убеждения в собственной способности контро-

лизовать события своей жизни, а также представления о собственном Я как достойном заботы и внимания и представляющем ценность для окружающего мира. Негативные базисные представления женщины о недоброжелательности и враждебности окружающего мира, о его несправедливости, о непрогнозируемости и непредсказуемости происходящих в нем событий, о неконтролируемости мира кем-либо (чем-либо) свыше, о собственной неспособности контролировать события своей жизни, а также о собственном Я как недостойном заботы и внимания и не представляющем ценность для окружающего мира, будут соответствующим образом отражаться на становлении ее материнской сферы.

Цель исследования – изучить взаимосвязь базисных убеждений и психологической готовности к материнству у беременных и небеременных женщин.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 30 беременных женщин, находящихся в третьем триместре беременности (в том числе 14 первородящих и 16 повторнородящих в возрасте от 20 до 42 лет), и 30 небеременных женщин без опыта материнства в возрасте от 20 до 38 лет, планирующих деторождение. База исследования – МБУЗ «Городская клиническая больница № 8 г. Челябинска». В исследовании использовались опросник «Сознательное родительство» М.О. Ермихиной и Р.В. Овчаровой, проективная методика «Цветовой тест отношений» А.М. Эткинда, проективная методика «Родительское сочинение “Я и мой будущий ребенок”», опросник «Шкала базисных убеждений» Р. Янофф-Бульман (в адаптации М.А. Падун и А.В. Котельниковой). Математико-статистический анализ данных проводился с помощью критерия ранговой корреляции Ч. Спирмена.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты методики «Сознательное родительство» Р.В. Овчаровой и М.О. Ермихиной в каждой из групп представлены в табл. 1.

Таблица 1 – Показатели осознанности родительства в группах женщин

Шкалы опросника	Среднее значение ± стандартное отклонение		
	Небеременные	Первородящие	Повторнородящие
Родительские позиции	18,70±2,49	21,71±3,47	21,75±2,86
Родительские чувства	18,57±2,93	20,79±4,00	23,25±2,82
Родительская ответственность	20,57±4,45	25,14±2,32	25,25±4,27

Родительские установки	13,70±2,56	15,64±1,74	17,19±1,05
Семейные ценности	20,73±4,15	22,07±3,77	22,81±2,93
Стиль семейного воспитания	18,60±2,77	24,43±3,20	24,44±3,14
Родительское отношение	18,03±3,57	24,79±2,97	24,69±3,32
Осознанность родительства	128,90±14,89	153,86±13,04	159,38±15,49

Согласно данным табл. 1, у небеременных женщин показатели осознанности родительских позиций, родительских чувств, собственного отношения к ребенку, собственного стиля воспитания и родительства в целом соответствуют средней степени, у беременных женщин обеих групп они соответствуют высокой степени выраженности. Во всех исследуемых группах показатели осознанности семейных ценностей и родительской ответственности соответствуют высокой степени, показатели осознанности родительских установок и ожиданий в отношении ребенка – средней степени выраженности.

С помощью модифицированной методики «Цветовой тест отношений» А. М. Эткинда мы определяли степень эмоционального принятия женщиной своего будущего ребенка. Показатели эмоционального принятия ребенка представлены в табл. 2.

Таблица 2 – Показатели эмоционального принятия ребенка в группах женщин

Параметр	Среднее значение ± стандартное отклонение		
	Небеременные	Первородящие	Повторнородящие
Эмоциональное принятие ребенка	3,60±1,28	5,43±0,65	5,56±0,63

Согласно данным табл. 2, у небеременных женщин имеет место средний уровень выраженности эмоционального принятия ребенка, у беременных женщин обеих групп – высокий уровень выраженности эмоционального принятия.

С помощью проективной методики «Родительское сочинение “Я и мой будущий ребенок”» мы определяли характер эмоционального отношения женщин к материнству и степень родительской рефлексивности. Результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3 – Показатели отношения к материнству в группах женщин

Параметр	Среднее значение ± стандартное отклонение		
	Небеременные	Первородящие	Повторнородящие
Отношение к материнству	2,07±0,69	2,14±0,86	2,44±1,03
Родительская рефлексивность	1,87±0,51	1,93±0,83	2,00±1,03

Согласно данным табл. 3, показатели положительного эмоционального отношения к материнству в группе небеременных женщин соответствуют среднему уровню выраженности, в группах беременных первородящих и повторнородящих женщин – высокому уровню выраженности. Показатели родительской рефлексивности во всех исследуемых группах соответствуют среднему уровню выраженности.

Результаты, полученные по методике «Шкала базисных убеждений», в виде величин среднего значения и стандартного отклонения в каждой из исследуемых групп и результаты их сравнительного анализа по критерию Манна-Уитни представлены в табл. 4.

Таблица 4 – Показатели базисных убеждений в группах женщин

Виды базисных убеждений	Среднее значение ± стандартное отклонение		
	Небеременные	Первородящие	Повторнородящие
в доброжелательности мира	5,80±2,60	5,79±2,64	7,06±1,91
в справедливости мира	4,33±2,14	4,79±2,45	4,88±2,16
в самооценности	7,03±2,46	8,57±1,83	8,63±2,42
в собственной удачливости	5,83±1,97	6,79±2,58	8,19±2,45
в контроле	6,07±2,36	7,07±2,09	6,19±2,66

Согласно данным табл. 4, показатели всех исследуемых базисных убеждений в трех группах соответствуют среднему уровню. Это означает, что большинство женщин имеют реалистические базисные убеждения относительно доброжелательности и справедливости окружающего мира, а также реалистические представления о собственной удачливости и о ценности собственного Я для окружающего мира.

Далее были изучены взаимосвязи между показателями базисных убеждений и психологической готовности к материнству в каждой из обследованных групп женщин с помощью критерия ранговой корреляции Спирмена. Статистически значимые связи в группе небеременных женщин представлены на рисунке 1.

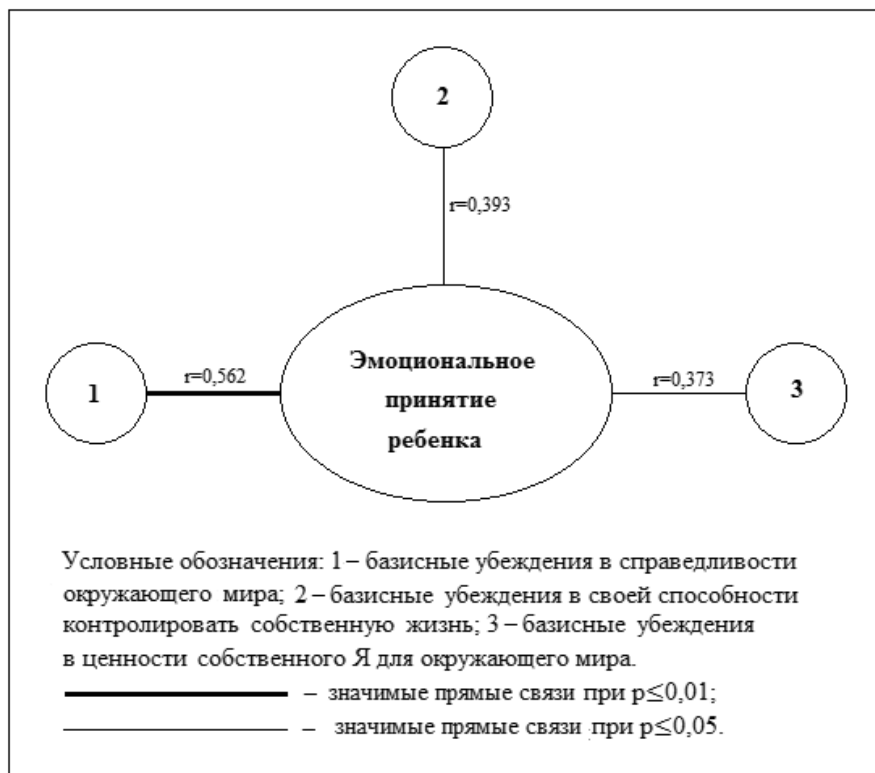


Рис. 1. Значимые связи между показателями базисных убеждений и психологической готовности к материнству в группе небеременных женщин

Как видно из представленных на рисунке 1 данных, в группе небеременных женщин показатели эмоционального принятия будущего ребенка образуют значимые прямые связи с показателями базисных убеждений в справедливости окружающего мира, в своей способности контролировать собственную жизнь и в ценности собственного Я для мира. Других значимых связей между показателями базисных убеждений и психологической готовности к материнству в группе небеременных женщин не выявлено.

Статистически значимые связи в группе беременных первородящих женщин и в группе беременных повторнородящих женщин отражены на рисунке 2. Как видно из рисунка 2, в группе беременных первородящих женщин показатели базисных убеждений в доброжелательности окружающего мира образуют значимые прямые корреляции с показателями осознанности семейных ценностей и общей родительской осознанности. Показатели базисных убеждений в справедливости окружающего мира образуют в этой группе значимые прямые корреляции с показателями осознанности родительских чувств, а показатели базисных убеждений в ценности собственного Я для окружающего мира – с показателями эмоционального принятия будущего ребенка, осознанности собственной родительской позиции, родительской ответственности, семейных ценностей, осознанности собственного стиля семейного воспитания, осознанности родительских чувств.

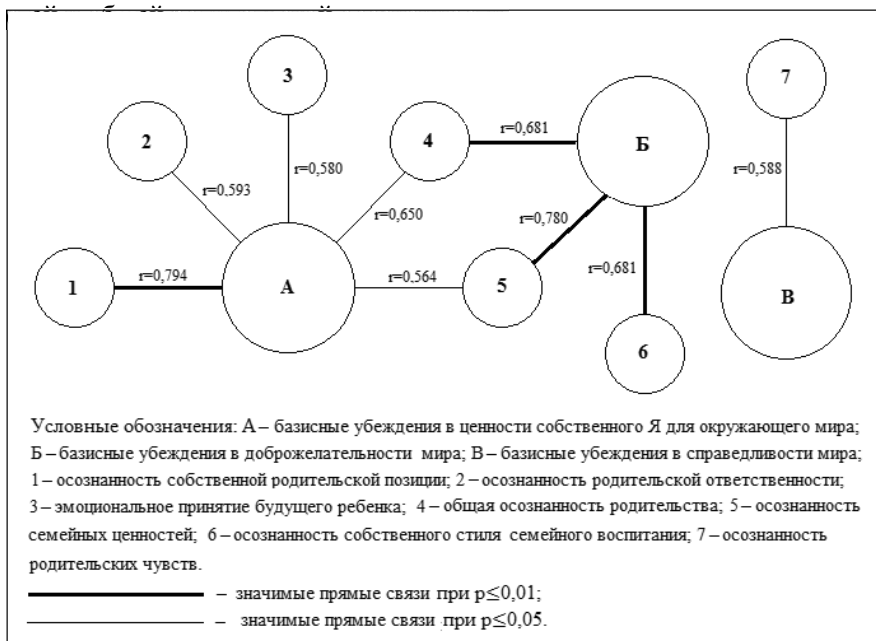


Рис. 2. Значимые связи между показателями базисных убеждений и психологической готовности к материнству в группе беременных первородящих женщин

Статистически значимые связи в группе беременных повторнородящих женщин отражены на рисунке 3.

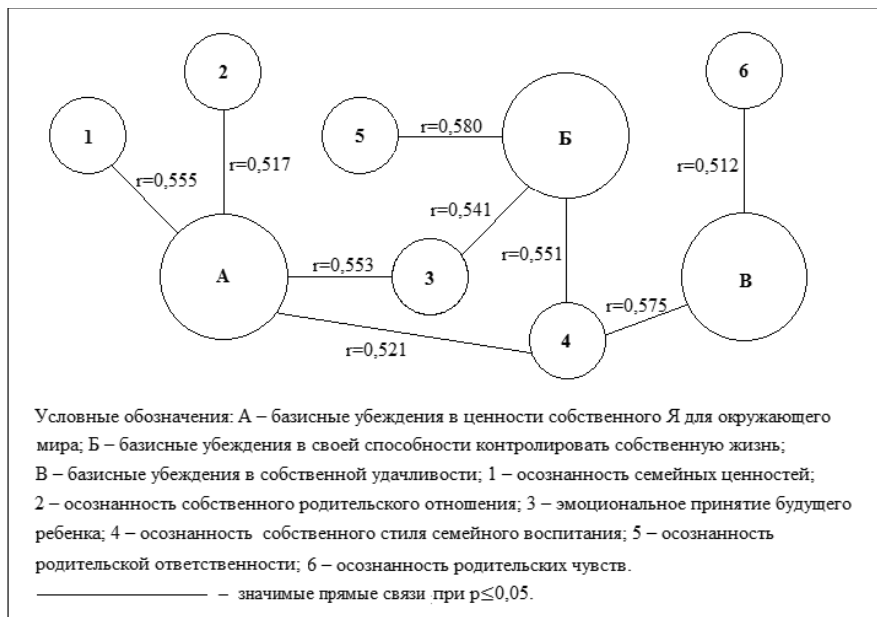


Рис. 3. Значимые связи между показателями базисных убеждений и психологической готовности к материнству в группе беременных повторнородящих женщин

Как видно из рисунка 3, в группе беременных повторнородящих женщин показатели базисных убеждений в своей способности контролировать собственную жизнь образуют значимые прямые корреляции с показателями эмоционального принятия будущего ребенка, осознанности родительской ответственности и собственного стиля семейного воспитания. Показатели базисных убеждений в собственной удачливости образуют в этой группе значимые прямые корреляции с показателями осознанности родительских чувств и собственного стиля семейного воспитания, а показатели базисных убеждений в ценности собственного Я для окружающего мира – с показателями эмоционального принятия будущего ребенка, осознанности семейных ценностей и собственного родительского отношения и общей родительской осознанности.

Таким образом, в результате исследования установлено, что и у беременных, и у небеременных женщин показатели базисных убеждений и психологической готовности к материнству образуют между собой статистически значимые связи, при этом структура этих связей в трех

исследуемых группах имеет как общие черты, так и специфические особенности.

Общим для всех групп является наличие значимых прямых связей между эмоциональным принятием будущего ребенка и базисными убеждениями. Это согласуется с представлениями о том, что первый вклад в становление у женщины субъектного отношения к будущему ребенку (его безусловное эмоциональное принятие) вносит ее опыт общения с близкими взрослыми в раннем детстве и сформировавшаяся под влиянием этого опыта система базисных убеждений. Если этот опыт был позитивным, и сформировались чувство базисного доверия к окружающему миру, убеждение в собственной способности контролировать события своей жизни и представление о своем Я как представляющем ценность для мира, то это означает, что стартовые условия для формирования субъектного отношения к другим людям были благоприятными и основа для формирования субъектного отношения к своему ребенку заложена. Это ставит женщину в более выгодные условия в прогнозе будущего материнского поведения по сравнению с теми, кто такого опыта не имел (Мещерякова, 2000).

Различия между группами беременных и небеременных женщин проявляются как в количественном плане (в обеих группах беременных женщин статистически значимых связей больше, чем в группе небеременных женщин), так и в качественном отношении. Если в группе небеременных женщин базисные убеждения относительно окружающего мира и собственного Я связаны только с эмоциональным принятием будущего ребенка (то есть только с эмоциональной составляющей психологической готовности к материнству), то в группах беременных женщин они связаны как с эмоциональным принятием будущего ребенка, так и с принятием семейных ценностей и с осознанностью различных аспектов собственного родительства (то есть с эмоциональной, когнитивной и ценностно-смысловой составляющими психологической готовности к материнству). Это согласуется с представлениями современных исследователей о том, что становление психологической готовности к материнству, как многокомпонентного образования, начинается задолго до наступления беременности и проходит длительный период развития – от неявного желания «иметь ребенка» до осмысленного решения стать матерью и осознанной готовности к изменению образа жизни, при этом психологическая готовность к материнству как системный конструкт первично объективируется сознанию будущей матери как реакция на противоречие между сложившимся образом жизни и теми изменениями, которые прогнозируются после рождения ребенка (Гурьянова, 2004).

Различия между двумя группами беременных женщин проявляются только в качественном отношении. Если в группе беременных первородящих женщин показатели психологической готовности к материнству образуют большее число статистически значимых связей с показателями базисных убеждений относительно характеристик окружающего мира (его справедливость, доброжелательность), то в группе беременных повторнородящих женщин показатели психологической готовности к материнству образуют статистически значимые связи исключительно с показателями базисных убеждений относительно характеристик собственного Я (убеждения в ценности собственного Я для окружающего мира, в собственной удачливости и в своей способности контролировать собственную жизнь). Это согласуется с представлениями современных исследователей о том, что становление психологической готовности к материнству сопряжено с повышением показателей интернальности: большинство повторнородящих женщин со сформировавшейся готовностью к материнству более склонны возлагать на себя ответственность за результаты своего поведения и деятельности и оказывать большее влияние на события собственной жизни.

В результате исследования были сформулированы следующие выводы:

1. У беременных и у небеременных женщин показатели базисных убеждений и психологической готовности к материнству образуют между собой статистически значимые связи, при этом общим для всех групп является наличие значимых прямых связей между эмоциональным принятием будущего ребенка и базисными убеждениями.

2. В группе небеременных женщин базисные убеждения относительно окружающего мира и собственного Я связаны только с эмоциональным принятием будущего ребенка, тогда как в группах беременных первородящих и повторнородящих женщин они связаны как с эмоциональным принятием будущего ребенка, так и с принятием семейных ценностей и с осознанностью различных аспектов собственного родительства.

3. В группе беременных первородящих женщин показатели психологической готовности к материнству образуют большее число статистически значимых связей с показателями базисных убеждений относительно характеристик окружающего мира, тогда как в группе беременных повторнородящих женщин показатели психологической готовности к материнству образуют статистически значимые связи исключительно с показателями базисных убеждений относительно характеристик собственного Я.

Список литературы

1. Гридяева Л. Н., Крикуненко Л. Ю. Формирование материнской сферы в онтогенезе // Известия ВГПУ. 2016. Т. 271, № 2. С. 93–95.
2. Гурьянова Т. А. Развитие психологической готовности к материнству на стадии планирования беременности, во время беременности и после родов : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Барнаул, 2004. 24 с.
3. Демина А. С. Психологическая готовность к материнству в период ранней зрелости // Вестник КемГУ. 2013. № 4 (56). С. 88–92.
4. Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2000. № 5. С. 18–27.
5. Падун М. А. Психическая травма и картина мира. М.: Институт Психологии РАН, 2012. 208 с.
6. Рагозинская В. Г. Особенности актуальных эмоционально-негативных состояний, базисных убеждений и раннего микросоциального опыта у больных психосоматическими заболеваниями // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике : XIII науч.-практ. конф. СПб.: Альта Астра, 2013. С. 189–195.
7. Рагозинская В. Г. Нарушение базисных убеждений как фактор негативной аффективности у пациентов с болезнью Грейвса [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. 2015. № 2 (31). URL: http://mprj.ru/archiv_global/2015_2_31/nomer01.php (Дата обращения 05.09.2016).
8. Филиппова Г. Г. Психология материнства. М. : Изд-во Ин-та Психотерапии, 2002. 240 с.
9. Epstein S. Cognitive-Experimental Self-theory of Personality // Comprehensive Handbook of Psychology. Hoboken, NJ: Wiley & Sons, 2003. P. 159–184.
10. Janoff-Bulman R. Schema-change perspectives on posttraumatic growth / R. Janoff-Bulman // Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2006. P. 81–99.

УДК 159.9

СПЕЦИФИКА ВРЕМЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ЛИЧНОСТИ У СТУДЕНТОВ

О.В. Николаева

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
г. Чебоксары, Россия

Аннотация. Временная перспектива характеризует психологическую направленность личности на прошлое, настоящее и будущее, отражая одну из наиболее значимых сфер отношений личности. Цель работы – изучить психологические особенности временной перспективы личности у студентов с учетом гендерного и религиозного факторов.

В психологическом исследовании использованы: анкета, опросник временной перспективы Ф. Зимбардо, шкала базовых убеждений Р. Янова-Бульмана, опросник временной перспективы трансцендентного будущего Зимбардо. Исследование проводилось со студентами медицинского факультета университета (46 юношей и 21 девушек; 34 православных студентов и 33 студентов-мусульман).

Установлено, что временная перспектива личности представляет собой способность человека предвидеть и прогнозировать будущее, контролировать свою деятельность в настоящем и ориентироваться при этом прошлым опытом. Психологические особенности временной перспективы человека изменяются в ходе развития и социализации личности, при изменениях состояния здоровья.

Юноши в большей степени ориентированы на будущие события, на построение своей карьеры, они тщательно продумывают свои действия и ставят перед собой четкие цели. Девушки ориентированы на события настоящего времени и поэтому стремятся к работе, которая способна дать результаты незамедлительно. Также они излишне фиксированы на прошлом негативном опыте, что мешает сосредоточиться на будущем.

Значимые различия во временной перспективе определены у студентов в связи с религиозным фактором. Ориентация на будущее достоверно более выражено у студентов-мусульман, чем студентов-православных. Студенты-мусульмане в большей мере, чем студенты-православные направлены на достижение поставленных целей, для чего больше контролируют и планируют свою деятельность в настоящем. Самооценка здоровья студентами-мусульманами более высокая, чем православными. В критической и трудной жизненной ситуации православные студенты достоверно чаще обращаются за помощью к ближайшему социальному окружению, студенты-мусульмане более ориентированы на свои собственные силы.

Ключевые слова: личность, временные ориентации, временная перспектива, студенты, гендерные аспекты, религиозный фактор.

Актуальность. В психологии категория времени приобрела особое значение после постановки вопросов о времени жизни, временных представлениях личности и т.д. Временная перспектива характеризует психологическую направленность личности на прошлое, настоящее и будущее (Левин, 2001), отражая одну из наиболее значимых сфер отношений личности (Сулова, 2009). Временные ориентации личности тесно связаны с мотивацией личности (Нюттен, 2004), ее психологическим здоровьем и благополучием (Николаев, Чупрова, 2013).

Актуальность исследования временной перспективы личности у студентов обусловлена значимостью временной перспективы в период профессионально-личностного становления человека, которое приходится на период обучения в вузе (Леонтьев, 2001), когда будущий специалист, находясь в центре воздействия различных педагогических технологий (Drovnikov et al., 2016), занимается не только учебой, но и научно-исследовательской работой (Erdynceva et al., 2016). Именно в это время в наиболее полной мере формируется его адаптационный личностный потенциал (Николаев, Лазарева, 2013), лежащий в основе психического здоровья личности (Николаев, Игнатъев, Мухамадиев, 2013).

Постановка проблемы. Категория временной перспективы личности является сравнительно новым понятием, которая не имеет однозначного определения. Одни авторы рассматривают этот термин, как включение будущего и прошлого, реального и идеального плана жизни в план данного момента (Левин, 2001), другие считают, что это оценочный компонент размышлений человека о своем прошлом, о своих настоящих событиях и действиях, а также будущих планов и целей (Зимбардо, 2010), третьи полагают, что временная перспектива – когнитивная способность личности предвидеть будущее, прогнозировать его, представлять себя в будущем (Абульханова-Славская, 1990). Из-за неясности понимания, разные исследователи предлагают измерять совершенно разные параметры при ее изучении.

Таким образом, вопросы, связанные с временной перспективой, активно изучаются в настоящее время, однако очень мало исследований, относящихся к студенческому периоду жизни и учитывающих при этом гендерные и религиозные особенности.

Цель данной работы – изучить психологические особенности временной перспективы личности у студентов с учетом гендерного и религиозного факторов.

В работе были применены методы анализа научной литературы по проблеме исследования, анкетирование, тестирование, математико-статистической обработки данных. В тестировании использованы такие методики, как опросник временной перспективы Ф. Зимбардо (Зимбардо, 2010), шкала базовых убеждений Р. Янова-Бульмана (Падун, 2007) и опросник временной перспективы трансцендентного будущего (Зимбардо, 2010).

Исследование проводилось на базе Чувашского государственного университета им. И. Н. Ульянова, со студентами 1-2 курсов медицинского факультета. В исследовании принимали участие 67 респондентов, среди которых 46 юношей и 21 девушек; 34 православных студентов и 33 студентов-мусульман.

В ходе исследования гендерных особенностей временной перспективы у студентов были получены следующие результаты.

По результатам анкеты выявилось, что в незарегистрированном браке живут больше девушек, чем юношей, а среди юношей есть женатые и разведенные, большинство юношей положительно оценивают свое здоровье, а среди девушек половина считают себя имеющими временные проблемы со здоровьем или больными; в трудной жизненной ситуации большинство юношей предпочитают полагаться только на себя, а девушки - к родным и друзьям; все юноши категорически не допускают совершения самоубийства, когда как некоторые девушки считают суицид допустимым способом выхода из трудной ситуации.

Методика изучения временной перспективы личности выявила (таблица 1), что у большинства студентов на первом месте стоит шкала позитивного прошлого, указывающее на то, что эти студенты радостно относятся к жизни и имеют при этом адекватную самооценку. На втором месте у юношей выявилась шкала будущего, у девушек – негативного прошлого и гедонистического настоящего, из этого следует, что юноши больше ориентированы на будущие события, у них высокая мотивация на достижение поставленных целей и вознаграждений, а девушки имеют пессимистический взгляд на прошлое и не удовлетворены своим настоящим.

Таблица 1 – Средние значения по шкалам методики изучения временной перспективы личности Ф. Зимбардо

Шкала	Юноши	Девушки	Достоверность различий	
			t	p
Негативное прошлое	3,05±1,07	3,87±0,65	-3,43	0,0001
Гедонистическое настоящее	3,67±0,74	3,76±0,72	-1,08	0,283
Будущее	4,1±0,67	3,68±0,73	2,48	0,016
Позитивное прошлое	4,43±0,49	4,22±0,74	1,42	0,161
Фаталистическое настоящее	2,44±0,85	2,81±0,72	-2,033	0,046

Анализ данных по Шкале базовых убеждений Р. Янова-Бульмана (таблица 2) выявил следующие различия: юноши больше замечают в окружающих людях человеколюбие, доброжелательность, отзывчивость, а также больше ценят себя и склонны контролировать настоящие события,

девушки считают мир и происходящие события неслучайными, имеющими определенный смысл, которые не нуждаются в контроле.

Таблица 2 – Доля опрошенных, имеющие низкие показатели по шкалам опросника базовых убеждений (%)

Субшкала	Юноши	Девушки
Благосклонностьмира	2,17	9,52
Доброта	17,39	23,8
Справедливость	39,13	14,28
Контролируемость	6,52	19,04
Случайность	34,78	38,09
Ценность Я	17,39	19,04
Степень самоконтроля	17,39	9,52
Степень удачи	28,26	23,8

Опросник временной перспективы трансцендентного будущего показал (рис. 1), что по многим вопросам у девушек баллы выше, чем у юношей, из этого следует, что у девушек убежденность в трансцендентности будущего выражено в большей степени.

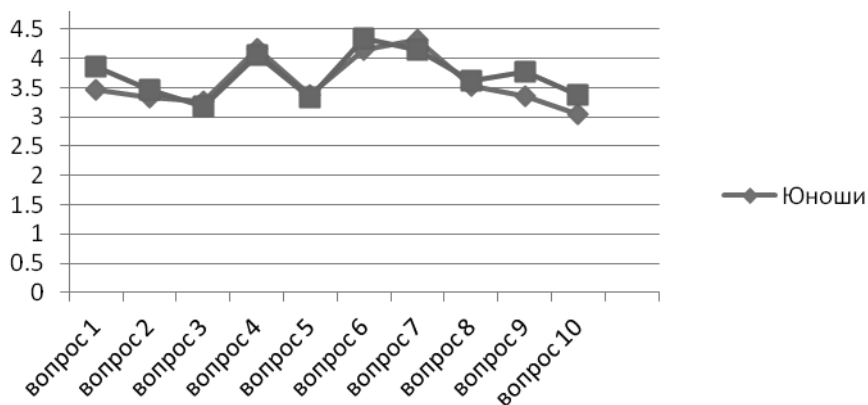


Рис. 1. Средние показатели отдельных вопросов по опроснику временной перспективы трансцендентного будущего

В ходе исследования особенностей временной перспективы по религиозному фактору были получены следующие результаты.

Из данных, полученных с помощью анкеты было выявлено, что по

гендерному фактору и семейному положению значимых различий не имеются; самооценка здоровья у студентов-мусульман более положительная, чем у православных студентов; оказавшись в трудной жизненной ситуации, большинство приверженцев ислама будут рассчитывать лишь на свои силы, а также попросят помощи у родных, православные надеются на помощь со стороны друзей; также у студентов-мусульман был выявлен очень высокий антисуицидальный барьер; в случае тяжелой болезни студенты-мусульмане, кроме обращения к официальной медицине, считают важным искать помощи у своей религии, что не наблюдается у православных студентов.

По методике изучения временной перспективы Ф. Зимбардо было выявлено (таблица 3), что студенты-мусульмане ориентированы больше всего на будущее, у них преобладает мотивация на достижение будущих целей, они способны предвидеть последствия своих действий и поступков. Православные студенты ориентированы на прошлое, при принятии решения они руководствуются прошлым опытом, позитивным и негативным.

Таблица 3 - Средние значения по шкалам методики изучения временной перспективы личности Ф.Зимбардо

Субшкала	Православные студенты	Студенты-мусульмане	Достоверность различий	
			t	p
Негативнопрошлое	3,13±0,86	3,49±1,16	1,44	0,15
Гедонистическоенастоящее	3,60±0,78	3,80±0,67	1,12	0,26
Будущее	3,80±0,63	4,14±0,75	2,01	0,04
Позитивнопрошлое	4,27±0,66	4,45±0,48	1,27	0,20
Фаталистическое настоящее	2,51±0,77	2,61±0,89	0,49	0,62

Результаты, полученные с помощью Шкалы базовых убеждений показали (рис. 2), что православным студентам свойственно сомневаться в доброте окружающих людей, они не верят в случайность происходящих событий, думают, что они предначертаны судьбой, поэтому считают, что невозможно контролировать и изменять события, однако в то же время верят в удачливость. Студентам-мусульманам характерно такое качество, как добродушное отношение к окружающим, они верят в возможность контролировать свою деятельность, однако считают, что в мире не всегда существует справедливость.

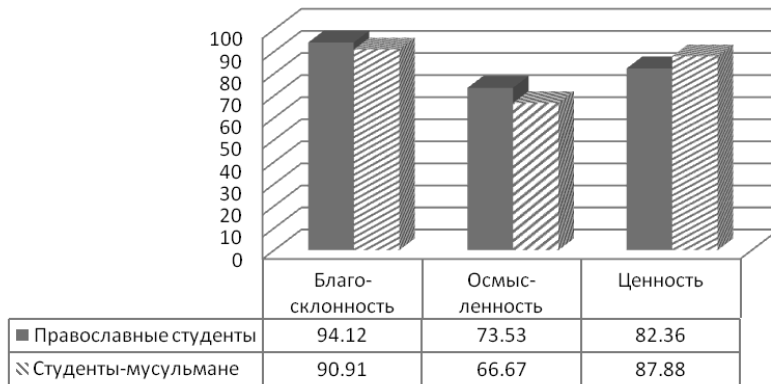


Рис.2. Доля опрошенных, имеющих высокие показатели по шкалам (%)

Опросник временной перспективы трансцендентного будущего показал (рис.3), что все респонденты верят в жизнь после смерти и в существование вознаграждения и наказания за совершаемые поступки, но у православных студентов это выражено в большей степени.

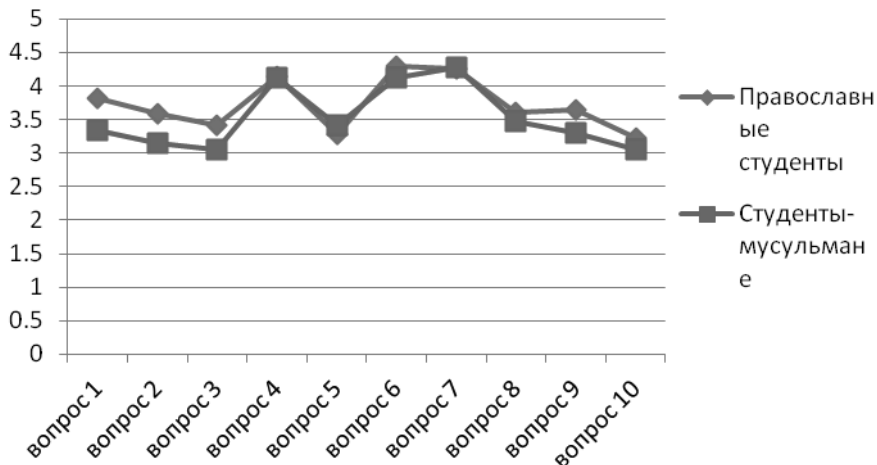


Рис. 3. Средние показатели отдельных вопросов по опроснику временной перспективы трансцендентного будущего

В заключении можно сказать, что временная перспектива личности представляет собой способность человека предвидеть и прогнозировать будущее, контролировать свою деятельность в настоящем и ориентиро-

ваться при этом прошлым опытом. Психологические особенности временной перспективы человека изменяются в ходе развития и социализации личности, при изменениях состояния здоровья.

Юноши в большей степени ориентированы на будущие события, на построение своей карьеры, они тщательно продумывают свои действия и ставят перед собой четкие цели. Девушки ориентированы на события настоящего времени и поэтому стремятся к работе, которая способна дать результаты незамедлительно. Также они излишне фиксированы на прошлом негативном опыте, что мешает сосредоточиться на будущем.

Значимые различия во временной перспективе определены у студентов в связи с религиозным фактором. Ориентация на будущее достоверно более выражено у студентов-мусульман, чем студентов-православных. Этим можно объяснить, что студенты-мусульмане в большей мере, чем студенты-православные направлены на достижение поставленных целей, для чего больше контролируют и планируют свою деятельность в настоящем.

Самооценка здоровья студентами-мусульманами более высокая, чем православными студентами. В критической и трудной жизненной ситуации православные студенты достоверно чаще обращаются за помощью к ближайшему социальному окружению (родным, друзьям), студенты-мусульмане более ориентированы на свои собственные силы.

Список литературы

1. Абульханова-Славская К. А. Личностная регуляция времени // Психология личности в социалистическом обществе: Личность и ее жизненный путь. М.: Мысль, 1990. С. 114–129.
2. Зимбардо Ф., Бойд Дж. Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь. СПб.: Речь, 2010. 352 с.
3. Левин К. Динамическая психология: Избранные труды. М.: Смысл, 2001. 572 с.
4. Леонтьев Д. А., Шелобанова Е. В. Профессиональное самоопределение как построение образов возможного будущего // Вопросы психологии. 2001. № 1. С. 57–65.
5. Николаев Е. Л., Игнатъев Ю.В., Мухамадиев Д.М. Психическое здоровье на евразийском пространстве культур: клинические, психологические и социальные реалии. Чебоксары, 2013. 378 с.
6. Николаев Е. Л., Лазарев Е. Ю. Адаптация и адаптационный потенциал личности: соотношение современных исследовательских подходов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. № 9. С. 18-32.
7. Николаев Е. Л., Чупрова О. В. Психологические особенности темпоральной перспективы личности в системе «зависимый-созависимый» // Вестник Чувашского университета. 2013. № 2. С. 102-105.

8. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива. М.: Смысл, 2004. 608 с.
9. Падун М. А., Котельникова А. В. Методика исследования базисных убеждений личности // Лаборатория психологии и психотерапии посттравматического стресса ИПРАН. М., 2007.
10. Сулова Е. С., Николаев Е. Л. Дискурсивный характер системы отношений у пациентов с невротическими расстройствами // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. 2009. Т. 15, № 1. С. 328–332.
11. Drovnikov A. S., Nikolaev E. L., Afanasev A. S., Ivanov V. N., Petrova T. N., Tenyukova G. G., Maksimova N. L., Povshednaya F. V. Teachers professional competence assessment technology in qualification improvement process // International Review of Management and Marketing. 2016. Vol. 6, № 1. P. 110–115.
12. Upgrading educational quality synergy of teaching and research / K. G. Erdyneeva, E. L. Nikolaev, A. A. Azanova [et al.] // International Review of Management and Marketing. 2016. Vol. 6, № 1. P. 106–110.

УДК 159.9

ПРОЯВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВОСПИТАТЕЛЕЙ ДОШКОЛЬНЫХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ КАК ФАКТОР ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ

М. В. Улейская

Челябинский государственный университет, г. Челябинск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты пилотажного исследования проявлений профессионального выгорания у воспитателей дошкольных общеобразовательных учреждений как фактора тревожно-фобических нарушений у дошкольников. Обследовано 36 старших дошкольников из числа воспитанников двух групп детского сада и два воспитателя этих групп. Результаты исследования показали, что у воспитанников группы ДОУ, воспитатель которой имеет сформированный синдром профессионального выгорания, показатели тревожно-фобических расстройств выше, чем у воспитанников группы ДОУ, воспитатель которой имеет формирующийся синдром профессионального выгорания. Полученные данные позволяют предположить, что проявления профессионального выгорания у воспитателей дошкольных общеобразовательных учреждений могут выступать одним из факторов тревожно-фобических нарушений у дошкольников, однако более строгие выводы требуют дополнительных исследований.

Ключевые слова: воспитатели ДОО; синдром профессионального выгорания; старшие дошкольники; тревожно-фобические нарушения.

Актуальность исследования состоит в том, что современные исследователи отмечают беспрецедентное увеличение количества детей, отличающихся повышенной тревожностью и наличием различных страхов, среди воспитанников дошкольных образовательных учреждений (ДОО) (Кириянова, 2011).

Актуальность. Страхи и повышенная тревожность в дошкольном возрасте еще носят ситуативный характер и относительно обратимы при проведении соответствующей психолого-педагогической коррекции. Однако при отсутствии своевременной коррекционной работы они способны оказывать дезорганизующее влияние на психическое развитие ребенка и закрепляться в виде устойчивой склонности реагировать эмоциями страха и тревоги в различных ситуациях, создавая, тем самым, почву для развития нервно-психических расстройств, психосоматических заболеваний и девиантных форм поведения (Захаров, 2010; Прихожан, 2009; Рагозинская, 2013). В этой связи выявление причин возникновения тревожно-фобических проявлений у детей дошкольного возраста является важной задачей психологической науки и практики.

Постановка проблемы. Проблему страхов и тревожности у детей изучали многие отечественные и зарубежные исследователи (В. М. Астапов, Дж. Боулби, Д. В. Винникотт, И. В. Дубровина, А. И. Захаров, О. С. Никольская, А. М. Прихожан, Р. Филлипс, А. Фрейд, З. Фрейд, К. Хорни и др.), которые показали, что причинами патологических страхов и повышенной тревожности у дошкольников могут выступать психические травмы и такие негативные микросоциальные факторы, как неблагоприятный тип родительского отношения и дисгармоничный стиль родительского воспитания (авторитаризм, эмоциональное отвержение ребенка, гиперили гипопротекция, мелочный контроль и большое количество жестких запретов и т.п.), наличие повышенной тревожности и невротических расстройств у родителей (особенно у матери), многочисленные нереализуемые угрозы со стороны всех взрослых членов семьи, ревность и борьба за родительскую любовь и внимание с братьями и сестрами и т.п. (Астапов, 2004; Захаров, 2010).

При посещении ребенком детских учреждений повышенную тревожность и страхи могут провоцировать особенности отношения к нему со стороны сверстников и воспитателя. Превалирование у воспитателя авторитарного стиля общения либо непоследовательность предъявляемых

им требований и оценок вызывают у ребенка тревожность, поскольку не позволяют ему прогнозировать собственное поведение (Прихожан, 2009).

По данным социально-демографических исследований профессия воспитателя ДОУ относится к числу наиболее напряженных в эмоциональном плане видов труда и требует ежечасного расходования душевных ресурсов и энергии, приложения всех своих физических и нравственных сил, самоотверженной отдачи всего себя профессии и детям (Монгуш, 2015).

По данным диссертационного исследования Е. Ю. Сюртуковой, психическое выгорание воспитателей ДОУ обусловлено синтезом как общих особенностей, свойственных для представителей педагогических профессий в целом, так и специфических факторов, вытекающих из предметно-организационного содержания деятельности. Психическое выгорание воспитателей ДОУ обусловлено влиянием специфических факторов, связанных с субъективной репрезентацией организационных факторов деятельности. При этом уровень выгорания воспитателей находится в прямо пропорциональной зависимости от оценки организационного фактора «несоответствие между личным вкладом и получаемым или желаемым вознаграждением». Детерминантами выгорания у воспитателей ДОУ являются подозрительность, как личностная черта, и такие мотивационные особенности, как потребность в творчестве, потребность в самомотивации и потребность в признании (Сюртукова, 2014).

Невозможность удовлетворить свои основные потребности приводит к хроническим состояниям фрустрации и эмоциональным нарушениям (тревожности, депрессии, агрессии, унынию, подавленности, апатии и пр.), которые дестабилизируют их профессиональную деятельность. Причем тревожность, враждебность и агрессивность могут возникать у них не только в ситуации реальной фрустрации или угрозы, но и вне ее. Необходимость контролировать и подавлять свои агрессивные проявления вызывает возникновение психоэмоционального перенапряжения и хронической усталости, что нередко приводит к психосоматическим расстройствам (Ragozinskaya, 2013). В целях экономии своих энергоресурсов, многие педагоги прибегают к различным механизмам психологической защиты, что ведет к профессиональному выгоранию педагогов (Монгуш, 2015).

В связи с появлением у воспитателя профессионального выгорания четко прослеживается утрата интереса к ребенку как к личности, неприятие его таким, какой он есть, упрощение эмоциональной стороны профессионального общения. Как проявления синдрома профессионального

выгорания у воспитателя усиливаются тревожность, раздражительность, по отношению к детям появляются невнимательность, недоброжелательность, агрессивность, изменяются стиль общения воспитателя с детьми и стиль его педагогической деятельности. Чаще всего у воспитателей с синдромом профессионального выгорания стиль педагогической деятельности становится авторитарным или либерально-попустительским, что приводит к нарушению психологического климата в детской группе и к повышению уровня тревожности у воспитанников (Костин, 2012).

Таким образом, данные литературы свидетельствуют о том, что проявления синдрома профессионального выгорания у воспитателей могут выступать как фактор тревожно-фобических нарушений у дошкольников. Однако в исследованиях основных причин эмоциональных расстройств у детей дошкольного возраста влияние профессионального выгорания их воспитателей занимает далеко не первое место и до сих пор остается малоизученным. Это подчеркивает актуальность проблемы исследования и ее практическую значимость.

Цель исследования – сравнить проявления синдрома профессионального выгорания у воспитателей дошкольных общеобразовательных учреждений и показатели страхов и тревожности у их воспитанников.

Материалы и методы исследования. В исследовании, проводившемся на базе МАДОУ «Центр раннего развития – детский сад № 348 г. Челябинска», приняли участие:

- 22 старших дошкольника из подготовительной группы «Василек» (в том числе 13 девочек и 9 мальчиков в возрасте 5-6 лет) и их воспитатель в возрасте 42 лет, со стажем работы 24 года;

- 14 старших дошкольника из подготовительной группы «Черемушки» (в том числе 8 девочек и 6 мальчиков в возрасте 5-6 лет) и их воспитатель в возрасте 41 года, со стажем работы 19 лет.

Для выявления профессионального выгорания у воспитателей ДОУ применялась методика «Профессионального выгорания» К. Маслача и С. Джексона в адаптации Н. Е. Водопьяновой.

Для выявления страхов и тревожности у дошкольников использовались методики «Детский тест тревожности» Р. Тэмбла, М. Дорки, В. Амена и «Страхи в домиках» А.И. Захарова и М.А. Панфиловой. Математико-статистический анализ данных проводился с применением критерия ϕ^* Фишера.

Результаты и их обсуждение. С помощью методики «Профессионального выгорания» были определены показатели и уровни выраженности синдрома профессионального выгорания у воспитателей ДОУ. Результаты отражены в таблице 1.

Таблица 1 – Уровни выраженности синдрома профессионального выгорания у воспитателей ДОУ

Параметры	Уровень выраженности у испытуемых	
	Воспитатель группы «Василек»	Воспитатель группы «Черемушки»
Эмоциональное истощение	Средний уровень	Высокий уровень
Деперсонализация (цинизм)	Низкий уровень	Средний уровень
Редукция профессиональных достижений	Высокий уровень	Высокий уровень
Стадия развития синдрома профессионального выгорания	Стадия формирования	Стадия сформированного синдрома

Как видно из таблицы 1, у каждого из обследованных воспитателей имеются те или иные проявления профессионального выгорания.

У воспитателя группы «Василек» выявлен средний уровень выраженности проявлений эмоционального истощения, низкий уровень выраженности проявлений деперсонализации и высокий уровень выраженности проявлений редукции профессиональных достижений. Как показал анализ ответов данного испытуемого, он отмечает у себя некоторую приглушенность эмоций, снижение остроты чувств и переживаний, скуку и раздражение по поводу большинства событий личной и профессиональной жизни, актуализацию внутренних и внешних конфликтов, недовольство собой, ощущение собственной бесполезности и некоторое пренебрежение по отношению к собственным профессиональным обязанностям. Полученные результаты позволяют заключить, что у воспитателя группы «Василек» синдром профессионального выгорания находится в стадии формирования, что проявляется в виде хронической усталости, как в эмоциональном, так и физическом плане.

У воспитателя группы «Черемушки» выявлен высокий уровень выраженности проявлений эмоционального истощения, средний уровень выраженности проявлений деперсонализации и высокий уровень выраженности проявлений редукции профессиональных достижений. Как показал качественный анализ ответов испытуемого, он отмечает у себя неудовлетворенность собой, эмоциональную отстраненность, трудности проявления эмоциональной отзывчивости к другим людям, ощущение «загнанности в клетку», утрату здоровья и профессиональных ценностей, тревогу, депрессию, раздражение при общении с детьми, их родителями, коллегам-

ми и руководством детского сада и пренебрежительное отношение к собственным профессиональным обязанностям. При этом сам испытуемый не всегда понимает причины нарастающего у него раздражения. Полученные результаты позволяют заключить, что у воспитателя группы «Черемушки» имеет место полностью сформированный синдром профессионального выгорания, что проявляется немотивированной нервозностью, раздражительностью, хронической усталостью, притуплением эмоций, нежеланием ходить на работу, общаться с коллегами и воспитанниками, негативистским отношением к людям.

Далее мы исследовали показатели страхов и тревожности у дошкольников с помощью методик «Детский тест тревожности» Р. Тэмбла, М. Дорки, В. Амена и «Страхи в домиках» А. И. Захарова и М. А. Панфиловой.

Распределение в двух группах дошкольников детей с разными уровнями тревожности по методике «Детский тест тревожности» Р. Тэмбла, М. Дорки, В. Амена отражено на рисунке 1.

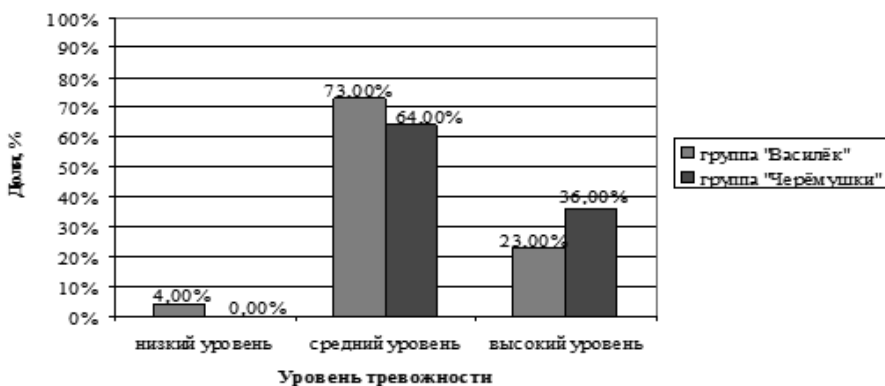


Рисунок 1. Распределение детей с разными уровнями тревожности по методике «Детский тест тревожности» Р. Тэмбла, М. Дорки и В. Амена

Согласно данным, представленным в рисунке 1, низкий уровень тревожности выявлен у 4% воспитанников группы «Василек», в группе «Черемушки» дети с низким уровнем тревожности отсутствуют.

Средний уровень тревожности имеют 73% воспитанников группы «Василек» и 64% воспитанников группы «Черемушки». Сравнение долей лиц со средним уровнем тревожности в двух группах детей значимых различий не выявило ($U=1,372$; $p>0,05$).

Высокий уровень тревожности выявлен у 23% воспитанников группы «Василек» и у 36% воспитанников группы «Черемушки». Сравнение долей лиц с высоким уровнем тревожности в двух группах дошкольников показало, что в группе «Черемушки» доля таких детей значимо выше, чем в группе «Василек» ($U=2,022$; $p \leq 0,05$).

Распределения детей, имеющих те или иные виды страхов по результатам методики «Страхи в домиках», в двух группах дошкольников представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Распределения страхов в двух группах детей по методике «Страхи в домиках» А.И. Захарова и М.А. Панфиловой

Категория страхов	Доля в группе, %	
	«Василек»	«Черемушки»
медицинские страхи	86,3	71,4
страхи, связанные с причинением физического ущерба	54,5	92,9
страх смерти	86,3	92,9
боязнь животных	36,3	35,7
страхи сказочных персонажей	31,8	35,7
страх темноты и кошмарных снов	72,7	64,3
социально-опосредованные страхи	54,5	85,7
пространственные страхи	86,3	71,4

Как видно из таблицы 2, в обеих группах дошкольников присутствуют страхи всех категорий. При этом процентные доли детей, имеющих одинаковые виды страхов, по таким категориям страхов, как медицинские страхи, страх смерти, боязнь животных, боязнь сказочных персонажей, страх темноты и кошмарных снов, пространственные страхи, в двух группах являются сопоставимыми. Процентные доли детей, имеющих страхи, связанные с причинением физического ущерба, и социально-опосредованные страхи в группе «Черемушки» несколько выше, чем в группе «Василек».

Сравнение долей лиц с наличием одинаковых видов страхов в двух группах дошкольников показало, что в группе «Черемушки» значимо выше доля детей с наличием страхов, связанных с причинением физического ущерба ($U=6,654$; $p \leq 0,01$), и доля детей с наличием социально-опосредованных страхов ($U=4,985$; $p \leq 0,01$). По другим видам страхов значимых межгрупповых различий не выявлено.

В результате исследования сформулированы следующие выводы:

1. Результаты проведенного исследования показали, что ни один из обследованных воспитателей не свободен от тех или иных проявлений синдрома профессионального выгорания. При этом у воспитателя группы «Василек» синдром профессионального выгорания находится в стадии формирования, что проявляется в виде хронической усталости, как в эмоциональном, так и физическом плане. У воспитателя группы «Черемушки» имеет место полностью сформированный синдром профессионального выгорания, что проявляется немотивированной нервозностью, раздражительностью, хронической усталостью, притуплением эмоций, нежеланием ходить на работу, общаться с коллегами и воспитанниками, негативистским отношением к людям.

2. У большинства обследованных дошкольников обеих групп преобладает средний уровень тревожности, при этом доли лиц со средним уровнем тревожности в двух группах детей значимо не различаются. Высокий уровень тревожности выявлен у 23% воспитанников группы «Василек» и у 36% воспитанников группы «Черемушки», эти различия статистически значимы (при $p \leq 0,05$).

3. В обеих группах дошкольников присутствуют страхи всех категорий. При этом процентные доли детей, имеющих одинаковые виды страхов, по таким категориям страхов, как медицинские страхи, страх смерти, боязнь животных, боязнь сказочных персонажей, страх темноты и кошмарных снов, пространственные страхи, в двух группах являются сопоставимыми. Процентные доли детей, имеющих страхи, связанные с причинением физического ущерба, и социально-опосредованные страхи в группе «Черемушки» значимо выше, чем в группе «Василек» (для всех при $p \leq 0,01$).

4. Полученные данные позволяют предположить, что более высокие показатели тревожно-фобических расстройств у детей группы «Черемушки» в сравнении с их сверстниками из группы «Василек» могут быть обусловлены более выраженными проявлениями синдрома профессионального выгорания у воспитателя группы «Черемушки». Однако для проверки подобного предположения требуются дополнительные исследования на более многочисленной выборке.

Список литературы

1. Астапов В. М. Тревожность у детей. СПб.: Питер, 2004. 224 с.
2. Захаров А. И. Дневные и ночные страхи у детей. СПб.: Союз, 2010. 448 с.
3. Кирьянова О. Н. Причины возникновения высокого уровня тревожности у детей дошкольного возраста // Психология в России и за рубежом : материалы междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, октябрь 2011 г.). СПб.: Реноме, 2011. С. 23–25.

4. Костин Е. Ю. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности педагогов дошкольного образовательного учреждения. Новосибирск: Пресс тайм, 2012. 120 с.

5. Монгуш О. О. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности педагогов дошкольного образовательного учреждения // Актуальные вопросы современной педагогики : материалы VII междунар. науч. конф. (г. Самара, август 2015 г.). Самара: Асгард, 2015. С. 47-51.

6. Прихожан А. М. Психология тревожности: дошкольный и младший школьный возраст. СПб.: Питер, 2009. 192 с.

7. Рагозинская В. Г. Особенности актуальных эмоционально-негативных состояний, базисных убеждений и раннего микросоциального опыта у больных психосоматическими заболеваниями // Психосоматическая медицина : материалы VIII Междунар. конгр. СПб.: Человек, 2013. С. 46-48.

8. Сюртукова Е. Ю. Организационные и личностные детерминанты психического выгорания в деятельности педагогов дошкольных образовательных учреждений : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Ярославль, 2014. 20 с.

9. Ragozinskaya V. G. Features of psychosomatic patients' aggressiveness // Procedia – Social and Behavioral Sciences. 2013. Vol. 86. P. 232-235.

УДК 159.922:618.2

СТАНОВЛЕНИЕ МАТЕРИНСКОЙ ПОТРЕБНОСТНО-МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ

¹В.Б. Чупина, ²М.А. Скоробогатова

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

²ООО ЦЗ «Виктория», г. Красноярск, Россия

Аннотация: проведен теоретический анализ содержания понятия «материнство» через определение такого феномена как «психологическая готовность к материнству». Показано, что причины нарушения материнской сферы могут быть очень разнообразны и формироваться на протяжении нескольких лет. Но именно период беременности – период активного изменения смыслов, трансформации внутреннего мира женщины. Основным психологическим новообразованием в сфере самосознания женщины, принявшей родительскую роль, является смысловое переживание материнства. На основании теоретического анализа можно утверждать, что психологическая работа с самосознанием женщины в период беременности и послеродовой период обладает уникальными возможностями и преимуществами, так как данные периоды отмечаются как наиболее сензитивные.

Ключевые слова: материнство, психологическая готовность к материнству, гестационная доминанта, внутренняя материнская позиция.

С точки зрения эволюции материнство – вариант родительской сферы поведения (как одной из составных частей репродуктивной сферы), присущего женскому полу, которое приобретает важное значение у млекопитающих. Уникальность материнского поведения на высших эволюционных стадиях развития позволяет выделить материнство в отдельную материнскую сферу и определить ее как предмет научных изысканий. Ее историческое предназначение состоит в обеспечении матерью соответствующей заботы о потомстве. Опекунскую заботу о потомстве можно расценивать как родительские (в данном случае – материнские) функции. В поведении матери ее материнские функции выражаются в эмоциональных реакциях на свое дитя, выполнении действий по уходу ребенком и общению с ним.

В исследованиях в сфере материнской психологии на данном этапе существует два основных направления изучения этого явления. Первое транслирует традиции психоаналитического и этологического направления. С позиции этих взглядов традиционно значительное внимание обращено на стимулы младенца, которые активизируют материнскую заботу о нем. Второе направление – социально-культурологическое. В его рамках изучаются культурно-исторические механизмы поведения матери, переживания женщины-матери зависят напрямую от социальных норм материнства. При этом проблема подготовки женщин к роли матери является очень актуальной. При этом опыт многих исследований в области отклоняющегося материнского поведения показывает, что на формирование готовности женщины к принятию новой для нее социальной роли влияет большое число сложно взаимодействующих факторов, которые изменяются и тем самым подготавливают сознание и самосознание будущей молодой матери к принятию собственного ребенка задолго до его рождения.

Эти факторы исследователи выделяют в этапы становления материнской потребностно-мотивационной сферы. На основании биологических исследований и исследований в сфере психологии матери можно выделить шесть этапов развития. Все эти этапы имеют несхожие возрастные границы и играют разную роль в появлении и развитии сущностей всех блоков материнской потребностно-мотивационной сферы.

Онтогенез материнской сферы:

1. Этап взаимодействия с собственной матерью в период раннего развития. У человека этот этап включает в себя дородовой период и

длится на всех онтогенетических этапах развития при взаимодействии с собственной матерью (или заменяющими ее людьми – носителями материнских функций). Значит для человека – это практически вся его жизнь. Наиболее значимым является период в возрасте от рождения до трех лет. На этом этапе происходит усваивание эмоционального значения ситуации взаимодействия матери и ребенка, а также возникновение эмоциональной реакции на одни из основных стимулов первого компонента «гештальта младенчества» и некоторые элементы действий, входящих в состав материнской сферы (baby talk, мимические реакции, эмоциональная окраска движений при взаимодействии с ребенком, носителем гештальта младенчества) (Филиппова, 1995).

2. Игровой этап и взаимодействие со сверстниками. На этом этапе развиваются и формируются не совсем специфические для материнской сферы мотивационные базы (в сфере общения, социально-комфортной, побудительное обеспечение целедейственного звена состава деятельности, проработка в игровой деятельности объекта цели – как объекта охраны и т.п.). Особенным отличием этого этапа у человека является формирование и развитие в результате сюжетно-ролевой с игрушками, в дочки-матери, в семью основных компонентов материнской сферы.

3. Этап нянчения. На этом этапе формируются и развиваются значения детеныша (ребенка) как объекта деятельности и желаний его защищать, заботе о нем, а также закладываются основы третьей потребности – «потребности в материнстве», как потребности чувствовать специфические переживания, получаемые в процессе удовлетворения первых двух потребностей. Эта потребность требует способности анализировать свои субъективные состояния и соотносить их с условиями и способами их получения. В полноценном виде она представлена только у человека. Но при этом, некоторые элементы, в форме антиципации своих состояний в определенных условиях деятельности, появляются уже у высших млекопитающих. Этап нянчения имеет конкретно выраженные возрастные границы (с пяти-шести лет до начала полового созревания), он состоит из опыта собственного контактирования с объектом, носителем «гештальта младенчества», наблюдение за общением взрослых с ребенком, восприятие и анализ отношения других людей и общества в целом к взрослым, выполняющим материнские функции. Это влияет на формирование всех компонентов сферы материнства и делает этап одним из самых значимых (наравне с первым) в ее развитии как на предчеловеческой, так и на человеческой стадиях развития.

4. Этап разделения мотивационных основ половой и родительской

(в данном случае – материнской) сферы поведения. В личном опыте субъекта существует взаимное «перекрытие» некоторых базовых стимулов (ольфакторных, визуальных, слуховых, тактильных) в обеспечении мотивационных основ половой и материнской сфер поведения. Для материнской сферы у человека уникальное значение имеет интеграция компонентов «гештальта младенчества» на ребенке – как объекте воздействия – до начала периода полового созревания. Это обеспечивает адекватное ситуации желание взаимодействия матери с собственным ребенком после родов. Присутствие объекта воздействия материнской сферы в этом случае становится посредником, обеспечивающим возникновение соответствующих ситуации эмоций, включающихся в опредмечивание послеродовой активизации стимулов при взаимодействии с ребенком (контакт кожа-кожа, субъективные состояния матери при акте сосания и т.п.). Этот этап онтогенеза имеет значительные видовые различия на предчеловеческой стадии развития и самостоятельную специфику на человеческой стадии, связанную с пониманием связи половой и материнской сфер и конкретными моделями полового и материнского поведения, заложенными в культуре.

5. Этап конкретизации онтогенетического развития материнской сферы в реальном взаимодействии с ребенком. Данный этап включает несколько самостоятельных периодов: беременность, роды, послеродовой период, младенческий возраст ребенка, совместно-раздельную деятельность матери и ребенка и возникающий интерес матери к ребенку, как к личности.

6. Последний этап включает в себя отношения с ребенком после окончания возраста, с характеристиками «гештальта младенчества». После периода раннего возраста у ребенка исчезает четко выраженный комплекс «гештальта младенчества». При этом остаются и могут быть сильно выражены заключительные уровни третьего компонента – инфантильной результативности. Сформировавшееся у женщины отношение к их особенностям позволяет матери опекать и заботиться о ребенке, получая в качестве стимула для своих действий его успехи, не только свидетельствующие о взрослении, но и те, которые доставляют ей удовольствие прямо сейчас (Филиппова, 2002).

Для того чтобы полностью раскрыть содержание материнства, необходимо описать понятие «психологическая готовность к материнству». Впервые близкое по значению понятие было предложено И. А. Аршавским. Его понятие «материнская доминанта» – это последовательно возникающие в связи с репродуктивной функцией и сменяющие друг друга

доминантные состояния в организме женщины, обусловленные биологическими (прежде всего гормональными) изменениями, психологическими и социальными факторами (Аршавский, 1967; Батуев, 1996). Материнская доминанта состоит из гестационной, родовой и лактационной доминант. При их смене происходят и изменения как взаимоотношений, так и природоформирующей среды, что является кризисными периодами как для ребенка, так и для системы «мать-дитя» в целом. Каждая из перечисленных доминант включает физиологический и психологический компонент (Добряков, 2007).

И. А. Аршавский, развивая идеи А. А. Ухтомского, предложил термин «гестационная доминанта» для обозначения зарождающейся во время беременности женщины в ответ на возникновение зиготы, и в особенности в связи с начинающимся внедрением бластоцита в эндометрии, специальной системы констелляций (совокупность нервных центров, объединенных единством действий) нервных центров (Аршавский, 1967). Гестационная доминанта включает психологический и физиологический компоненты, которые соответственно объясняются психическими или биологическими изменениями, которые происходят с женщиной и направлены на вынашивание, а затем на рождение и выхаживание ребенка. От гестационной доминанты зависит направленность всех реакций организма на формирование оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода. Это происходит через формирование под влиянием факторов внешней и внутренней среды устойчивого очага возбуждения в ЦНС (центральной нервной системе), который обладает высокой чувствительностью к раздражителям, имеющим отношение к беременности и способен оказывать тормозящее влияние на другие нервные центры. Психологический компонент гестационной доминанты является собой систему механизмов психической саморегуляции, активизирующихся у женщины при возникновении беременности, которые направлены на ее сохранение и создание условий для развития будущего ребенка. Они также формируют отношение женщины к собственной беременности, ее поведенческие привычки (Добряков, 2010).

Нами было отмечено также понятие внутренней материнской позиции (ВМП) (Купченко, 2007). Оно было разработано на основе теоретического конструкта «внутренняя позиция личности» Л. И. Божович, в рамках культурно-исторического подхода к развитию психики человека Л. С. Выготского и теории деятельности А. Н. Леонтьева. Е. И. Захарова определяет его как форму отражения, принятия и освоения женщиной своей социальной позиции матери (Захарова, 2002). Внутренняя материнская

позиция – это специфическая система потребностей, связанных с материнством как социально значимой деятельностью. Когда женщина осваивает эту позицию, у нее формируется мотивационная направленность на выполнение материнских функций в ходе беременности, в родах и после рождения ребенка.

Мотивационный уровень ВМП представлен ценностными ориентациями и личностными смыслами, которые связаны с материнством и ребенком в частности. Связаны с включением материнства в систему уже имеющихся актуальных мотивов и потребностей. Этот уровень включает в себя направленность на выполнение родительских функций, а также ценностные ожидания, адресованные ребенку и себе как матери. Когнитивный уровень ВМП – это осознаваемые женщиной ценностные представления о материнстве, о ребенке, об образе себя как матери, об отношениях родителя и ребенка. Сюда также следует отнести «декларируемое» эмоциональное отношение к себе как матери и к ребенку. Эмоциональный уровень ВМП – это эмоциональное отношение к материнству, ребенку и себе в роли матери.

Выделяют следующую иерархию уровней ВМП: мотивационный уровень является высшим, так как он формулирует и организует содержание образов, на которые ориентируется мать, отвечает за формирование представлений и эмоционального отношения к ребенку и себе в роли матери и при помощи когнитивных и эмоциональных составляющих регулирует поведение женщины во время беременности, родов и в процессе контакта с ребенком.

Е. И. Захарова отмечает, что сформированная внутренняя материнская позиция создает мотивационную готовность женщины к выполнению материнских функций, обеспечивая при этом положительное эмоциональное отношение к этой деятельности (Захарова, 2002).

Г. Г. Филиппова понимает под «готовностью к материнству» некую систему, состоящую из 5 блоков:

1. Личностная готовность: общая зрелость личности (половая идентификация, адекватная возрасту; способность к принятию решений и ответственности; сформированная привязанность; внутренняя каузальная атрибуция и внутренний локус контроля; отсутствие зависимостей) и личностные качества, необходимые для успешного материнства (эмпатия; способность к совместной с ребенком деятельности; способность быть «здесь и теперь»; способность к творчеству; интерес к тому, как развивается другая личность; интерес к воспитательной деятельности; умение получать удовольствие; телесная культура).

2. Адекватная модель родительства: соответствие моделей материнской и отцовской ролей, усвоенных в родительской семье, относительно модели личности, семьи и родительства своей культуры; эффективные для рождения и воспитания ребенка родительские установки, позиции, стратегии воспитания, отношение матери.

3. Мотивационная готовность: сформированная мотивация рождения ребенка, при которой исключается роль ребенка, как: средства поло-ролевой, возрастной и личностной самореализации женщины; попыткой удержания партнера или укрепления семьи; способа компенсации своих отношений с родителями; способа достижения необходимого социального статуса и т.п.

4. Сформированность материнской компетентности: желательность относиться к ребенку как субъекту не только физических, но и психических потребностей и личностных переживаний; чувствительность к стимуляции от ребенка; возможность адекватно реагировать на проявления ребенка; умение ориентироваться для понимания состояний ребенка на особенности его поведения и свое состояние; гибкое отношение к режиму и способность ориентироваться на индивидуальный ритм жизнедеятельности ребенка в ранний период его жизни; основные знания о психофизиологическом развитии ребенка, главных возрастных особенностях его взаимодействия с миром; способность к совместной деятельности с ребенком; навыки обучения и воспитания, подходящие возрастным особенностям ребенка.

5. Сформированность материнской сферы: материнство как часть сферы личности женщины (материнская потребностно-мотивационная сфера) включает три блока (эмоционально-потребностный; операциональный; ценностно-смысловой). Их содержание последовательно формируется в онтогенезе женщины, что описано ранее. В каждом блоке должны быть сформированы необходимые компоненты. В эмоционально-потребностном: способность реагировать на все компоненты «гештальта младенчества» (физические, поведенческие и продуктивно-деятельностные особенности ребенка); соединение компонентов «гештальта младенчества» на ребенке как объекте сферы материнства; необходимое желание во взаимодействии с ребенком, в заботе и уходе за ним; потребность быть матерью (в переживании соответствующих выполнению материнских функций состояний). В операциональном блоке: вербальное и невербальное общение с ребенком; адекватный стиль эмоционального сопровождения взаимодействия с ребенком; деятельность по уходу за ребенком с необходимыми, присущими только конкретной женщине, характеристиками

(уверенность, бережность, ласковость движений). В ценностно-смысловом: ценность ребенка (ребенок как самостоятельная ценность) и материнства; гармоничный баланс ценностей материнской и других потребностно-мотивационных сфер женщины (Скоробогатова, 2013).

О.А. Копыл, О.В. Баженова, Л.Л. Баз в своем исследовании «Выделение факторов и условий психологического риска для будущего развития ребенка» главным итогом развития личности в периоде беременности считают появление у матери особого комплекса психологических новообразований, который они определяют как готовность к материнству, т.е. особое психологическое состояние матери, в котором удовлетворяются основные психологические потребности младенца: потребность в безопасности, потребность в поддержании интереса к внешнему миру и потребность в любви (Копыл, 1993).

По определению С. Ю. Мещеряковой, «психологическая готовность к материнству – специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъект-объектная ориентация в отношении еще неродившегося ребенка» (Мещерякова, 2000). Автор указывает, что это отношение проецируется после рождения ребенка в реализуемое на практике материнское поведение. От того, какие качества имеет данное отношение, зависит эффективность поведения матери во время взаимодействия с ребенком.

Таким образом, мы видим, что психологическая готовность к материнству формируется на протяжении всей жизни женщины под влиянием как биологических, так и социальных факторов. По мнению Г.Г. Филипповой, уровень психологической готовности к материнству определяется «суммарным эффектом действия этих факторов к тому моменту, когда женщина становится матерью» (Филиппова, 1995). Но именно период беременности – период активного изменения смыслов, трансформации внутреннего мира женщины. Основным психологическим новообразованием в сфере самосознания женщины, принявшей родительскую роль, является смысловое переживание материнства. Следовательно, психологическая работа с самосознанием женщины в период беременности и послеродовой период обладает уникальными возможностями и преимуществами, данные периоды отмечаются как наиболее сензитивные.

Список литературы

1. Добряков И. В. Биопсихосоциальный подход в перинатальной психологии и психотерапии / под ред. Е. Я. Поляковой [и др.] // Теоретические и прикладные аспекты перинатальной психологии: проблемы и перспективы : сб. материалов Всерос. науч.-

практ. конф. 1-2 марта 2007 года. В 2 ч. / Новосибирский гос. ун-т. Новосибирск, 2007. Ч. 1. С. 129-136.

2. Добряков И. В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 234 с.

3. Захарова Е. И. Роль ценностно-смысловой ориентировки в психологической подготовке женщины к родам // Журнал практического психолога. 2002. № 4-5. С. 53-60.

4. Копыл О. А., Баженова О. В., Баз Л. Л. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс. 1993. № 4. С. 35-42.

5. Купченко В. Е. Формирование психологической готовности к материнству в практике психологической помощи беременным / под ред. Е. Я. Поляковой [и др.] // Теоретические и прикладные аспекты перинатальной психологии: проблемы и перспективы : сб. материалов Всерос. науч.-практ. конф. 1-2 марта 2007 года. В 2 ч. / Новосибирский гос. ун-т. Новосибирск, 2007. Ч. 1. С. 71–75.

6. Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологи. 2000. № 5. С. 18-27.

7. Скоробогатова М. А. Техники психологического консультирования женщин, планирующих отказ от ребенка в родильном доме // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал : материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (г. Красноярск, 22-23 ноября 2013 г.) / гл. ред. И. О. Логинова. Красноярск : Версо, 2013. С. 384–391.

8. Филиппова Г. Г. Образ мира и мотивационные основы материнства // Проблемы изучения и развития личности дошкольника. Пермь, 1995. С. 31-36.

9. Филиппова Г. Г. Психология материнства. М.: Институт Психотерапии, 2002. 240 с.

ЗДОРОВЬЕ КАК ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЧЕЛОВЕКА

УДК 159.923

«ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ» И «ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС»: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОНЯТИЙ

Л.С. Гавриленко, В.Б. Чупина

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

Аннотация: в статье интегрированы научные знания по осмыслению значения таких понятий как «жизненный ресурс» и «жизненный потенциал». Установлено то, что понимание значимости жизненных ресурсов, которыми располагает человек, пронизывает всю его жизнедеятельность. Показано, что адекватное использование жизненных ресурсов позволяет человеку ставить перед собой цели и достигать их, тогда как наличие ресурсных ограничений влечет за собой дополнительные ограничения и в жизнедеятельности человека.

Ключевые слова: потенциал, адаптационный потенциал, личностный потенциал, человеческий потенциал, жизненный потенциал, жизненные ресурсы.

Актуальность. Известно, что жизнедеятельность – это динамический процесс и «любое движение происходит неравномерно. Это поэтапный, но непрерывный процесс, представляющий собой необходимое накопление материала, его освоение, анализ, использование его для решения продуктов нового качества, переход на новый уровень бытия. Для перехода на новый уровень необходим некий импульс, толчок, стимул – определенное состояние духа (Лебедев, 2007), способствующее расширению жизненного мира, жизненного пространства человека как пространства его жизненного самоосуществления» (Логинова, 2009). Мы полагаем, что таким импульсом может выступать такая системная характеристика человека как жизненный потенциал.

Исследование жизненного потенциала человека может быть отнесено к числу наиболее сложных психологических проблем в силу полидисциплинарности представленности в различных науках, что затрудняет его

понимание. Поэтому рассмотрение данного феномена можно отнести к актуальным исследованиям, раскрывающим многообразие человека.

Для того чтобы определить значение жизненного потенциала необходимо рассмотреть более широкое понятие «потенциал».

Понятие потенциала относится к деятельности человека. Носителем потенциала является человек. Потенциал характеризует состояние человека с точки зрения возможности осуществлять определенного вида и качества деятельность. Эти возможности создаются обществом в ходе его исторического развития, определяются комплексом различных факторов в их единстве и взаимосвязи. Человеческая деятельность есть процесс реализации потенциала.

Современные исследователи определяют понятие потенциала как возможности. Данное определение берет начало от философского учения Аристотеля, который, определял акт и потенцию как основу развития, при этом бытие делилось на «потенциальное» и «актуальное».

В психологической науке изучением понятия потенциала занимались такие авторы как Д. Роттер («поведенческий потенциал» в контексте теории социального научения); Д. Е. Берлайн (потенциал активации), К. Левин с помощью потенции описывал психологическую силу, К. Роджерс (полноценное человеческое функционирование), Ш. Бюлер, А. Маслоу (самоактуализация, самореализация).

Согласно концепции К. Роджерса, человек использует все свои способности и таланты, реализует свой потенциал и движется к полному познанию себя, своих переживаний, следуя своей истинной природе.

А. Маслоу, рассматривая потенциал человека, приводя в пример, описание потенциала ребенка, так как, по его мнению, ребенок обладает обширным потенциалом, и мы можем его ощутить в данный момент времени, обладая восприимчивостью. При богатом и полноценном восприятии ребенка мы воспринимаем этот потенциал и присущие ему возможности.

Понятие потенциала употребляется все более широко. Важнейшей чертой в «экспансии» этого понятия является переход к интегральным показателям в понимании.

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.

В социологической концепции человеческого потенциала (разрабатываемая сначала в Институте человека РАН, а в настоящее время в Институте философии РАН), которая исходит из того, что не менее, чем материальное благополучие человека, значимы также его жизненные интересы, права, возможности самореализации - т.е. вся совокупность того, что относится к сохранению, развитию и реализации его собственных способностей и возможностей выделяются различные компоненты потенциала.

Понятие интеллектуального потенциала, раскрывает В. Ж. Келле, который считает, что он отражает интеллектуальную сторону человеческой деятельности — способность к постановке целей и поиску средств их реализации, без чего предметная деятельность невозможна (Келле, 2011).

Потенциал и его реализация в наличных условиях как бы подпитывают друг друга, образуя своего рода самоподдерживающуюся систему. Оба измерения – актуальное и потенциальное – равно важны: как отмечает В. Ж. Келле, «возможности не могут бесконечно накапливаться. Полностью или частично они должны превращаться в действительность, то есть реализовываться в человеческой деятельности...» (Юдин, 2002).

Адаптационный потенциал, по мнению И. И. Ашмарина, это актуализация адаптационных возможностей – необходимое (а при определённом рассмотрении и достаточное) условие устойчивого человеческого развития (Ашмарин, 2000).

Таким образом, получается, что адаптационный потенциал можно считать одним из компонентов или, точнее, одной из проекций человеческого потенциала – такой же, как интеллектуальный потенциал, популяционный потенциал, личностный потенциал и т.п. всё определяется плоскостью рассмотрения, на которую проецируется понятие человеческого потенциала.

Человеческий потенциал индивида только отчасти представляет собой нечто данное ему от рождения – в значительной мере он формируется, развивается в процессах социализации личности. Это важно также и в том смысле, что и актуально имеющийся, сформированный у человека потенциал может раскрываться, реализовываться в разной степени в зависимости как от внешних условий, так и от самого индивида.

Понятие о личностном адаптационном потенциале идет от концепции адаптации и оперирует традиционными для этой научной парадигмы терминами. А. Г. Маклаков считает способность к адаптации не только индивидуальным, но и личностным свойством человека (Маклаков, 2001). Данные психологические особенности человека составляют его личностный адаптационный потенциал, который, согласно А. Г. Маклакову, включает

следующие характеристики: нервно-психическую устойчивость, уровень развития которой обеспечивает толерантность к стрессу; самооценку личности, являющуюся ядром саморегуляции и определяющую степень адекватности восприятия условий деятельности и своих возможностей; ощущение социальной поддержки, обуславливающее чувство собственной значимости для окружающих; уровень конфликтности личности; опыт социального общения.

Д. А. Леонтьев вводит понятие личностного потенциала как базовой индивидуальной характеристики, стержня личности. Личностный потенциал, согласно Д. Леонтьеву, является интегральной характеристикой уровня личностной зрелости, а главным феноменом личностной зрелости и формой проявления личностного потенциала является как раз феномен самодетерминации личности. Личностный потенциал отражает меру преодоления личностью заданных обстоятельств, в конечном счете, преодоление личностью самой себя, а также меру прилагаемых ей усилий по работе над собой и над обстоятельствами своей жизни (Леонтьев, 2002).

В. Е. Ключко и Э. В. Галажинский предлагают понятие «инновационного потенциала» человека, который можно «представить состоящим из трех основных блоков, иерархически связанных между собой. Он включает в себя:

1. Личностные качества, такие как толерантность к неопределенности, способность к оправданному риску, ответственность, потребность в самореализации, мотивация достижения, рефлексивность, креативность (качества интеллекта, интеллектуальная инициатива).

2. Компетенции, прежде всего такие, как проектная компетентность, коммуникативная компетентность, информационная компетентность.

3. Витальность (особенности ценностно-смысловой организации жизненного мира, жизнестойкость, суверенность, трудоспособность, мобилизационный потенциал, уровень саморегуляции, ориентация человека на определенное качество жизни)» (Ключко, Галажинский, 2009).

Демограф В. П. Медведев рассматривает жизненный потенциал как «интегральное свойство сохранять свою биологическую и духовно-психологическую жизнеспособность и осуществлять преобразующую деятельность, направленную на продвижение к общей цели» (Медведев, Зараковский, 1994).

Более содержательно понятие жизненного потенциала раскрыто в социологической концепции жизненного (или «человеческого») потенциала Г. М. Зараковским и Г. Б. Степановой. Авторы утверждают, что жизненный потенциал - интегральное свойство индивида или социума, лежащее

в основе его способности к продуктивной жизнедеятельности, то есть, такой жизнедеятельности, которая обеспечивает сохранение жизни и повышение её качества в расширяющихся границах внутренних и внешних условий (Зараковский, Степанова, 1998).

Жизненным потенциалом обладает каждый отдельный человек и любой социум - от производственного коллектива или слоя общества до населения Земли в целом. Применительно к социумам следует использовать термин «популяционный потенциал».

Жизненный потенциал - устойчивое, весьма инертное свойство, типологическое свойство населения. Но возможность реализации потенциала в актуальной жизнедеятельности существенно зависит от более динамичного свойства - психического состояния населения.

Тем не менее, в представленной концепции понятие жизненного потенциала синонимично понятию «качество населения», что затрудняет его понимание с психологической точки зрения.

Рассмотренные нами разные виды потенциала человека соотносятся с его жизненным потенциалом и содержательно раскрывают его различные стороны, соразмерны активности человека, позволяя быть ему инициативным и ответственным за свою судьбу в определенных пределах. Эти пределы определяются особенностями той психологической системы, которая может быть обозначена как «многомерный мир человека» (Жлочко, Галажинский, 2009).

Таким образом, жизненный потенциал - особого рода возможность, которая, реализуясь, все время сохраняется как возможность дальнейшей жизнедеятельности. Не только для формирования, но и для реализации потенциала нужны средства - прежде всего те, которые дают возможность человеку действовать, в виде наличия жизненных ресурсов.

Имея возможность интегрировать научные знания при осмыслении такого феномена как «жизненный ресурс» мы будем полагаться на экономическую теорию жизненных ресурсов Е. В. Балацкого. Согласно, которой роль функциональных ограничений, формирующих пространство возможных действий, выполняют две «производственные функции», описывающие зависимость целей человека и его реальных достижений от объема его жизненных ресурсов и состояния внешней среды. Набор жизненных ресурсов весьма ограничен, он включает в себя деньги (доход); энергию (жизненную силу); время (суточный фонд времени, в которой входят сон, рабочее время и досуг); знания (информацию). Эти ресурсы качественно неоднородны и не сводимы друг к другу, но вместе с тем могут частично взаимозамещаться. Ими обладают все люди, разница лишь в

степени наделенности и в их субъективной значимости (Балацкий, 2007).

Время как ресурс фиксированный и принципиально невозобновляемый. Каждому человеку отведено 24 часа в сутки, и упущенное время восстановить нельзя. Жизненная энергия — ресурс частично возобновляемый. У разных людей ее количество различно, иногда растраченная энергия может быть восстановлена и даже приумножена, иногда — нет. Деньги являются ресурсом возобновляемым. Каждый человек наделен финансовым ресурсом в разной степени, а трата денег, как правило, компенсируется последующим заработком. Знания также — ресурс возобновляемый. Как и деньги, информация может накапливаться и расходоваться.

Деньги — это классический капитал, способный разрастаться и убыывать. Знания как часть человеческого капитала, также способная нарастать и разрушаться.

Рассмотренные жизненные ресурсы тесно связаны с фундаментальными атрибутами мира. Так, время и энергия, играющие основополагающую роль практически во всех науках, учитываются в явном виде, информация учитывается через переменную знаний, пространство — через переменную дохода.

Адекватное использование названных ресурсов позволяет человеку ставить перед собой цели и достигать их с той или иной эффективностью. Ресурсные ограничения, которые предполагают, что наличие каждого из четырех жизненных ресурсов для человека не безгранично, а имеет строго определенные количественные пределы, представляют собой дополнительные ограничения в жизнедеятельности человека.

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.

Однако, в этой схеме жизненные ресурсы — жизненный потенциал не хватает еще одного звена, это условия. Когда условия и ресурсы пересекаются, есть выход к самореализации, при этом происходит постоянное пополнение жизненных ресурсов. В силу данных характеристик жизненный потенциал стоит на границе жизненных ресурсов и условий, являясь системным качеством, образуемым при их взаимодействии, определяя «напряженную возможность» человека в мире (Некрасова, 2005). Напряженность сопровождает встречу жизненных ресурсов человека с условиями, результатом которой является самореализация. Миссия человека в этом случае распознать свой собственный ресурс с условием учета среды и начать самореализацию.

Список литературы

1. Ашмарин И. И. Человеческий потенциал России. М., 2000. 197 с.
2. Балацкий Е. В. Теория жизненных ресурсов: модели и эмпирические оценки // Мониторинг общественного мнения. 2007. № 2. С.124-133.
3. Зараковский Г. М., Степанова Г. Б. Психологический потенциал индивида и популяции // Человек. 1998. № 3. С. 50-59.
4. Келле В. Ж. Интеллектуальное и духовное начала в культуре. М.: ИФРАН, 2011. 224 с.
5. Ключко В. Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в трансспективный анализ). Томск: Изд-во ТГУ, 2005. 174 с.
6. Ключко В. Е., Галажинский Э. В. Психология инновационного поведения. Томск, 2009. 141 с.
7. Лебедев В. А. Творческий «катарсис» или творческий «восторг»? // Вестник НГУ. 2007. Т.1, № 1. С. 117-137.
8. Леонтьев Д. А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В.Ломоносова. М.: Смысл, 2002. С. 56–65.
9. Логинова И. О. Психология жизненного самоосуществления. М.: Изд-во СГУ, 2009. 279 с.
10. Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. 2001. Т. 22, № 1. С. 16–24.
11. Медведев В. И., Зараковский Г. М. Психофизиологический потенциал как фактор устойчивости популяции в условиях глобальных изменений природной среды и климата // Физиология человека. 1994. Т. 20, № 6. С. 5–15.
12. Некрасова Е. В. Пространственно-временная организация жизненного мира человека : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01. Барнаул, 2005. 47 с.
13. Рубинштейн С. Л. Человек и мир. М.: Наука, 1997. 191 с.
14. Человеческий потенциал России: интеллектуальное, социальное, культурное измерения / под ред. Б. Г. Юдина. М., 2002. 265 с.

УДК 159.9

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ-ПСИХОЛОГОВ

С. А. Григорьев

Челябинский государственный университет, г. Челябинск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования взаимосвязи тревожности и эмоционального интеллекта у студентов-психологов. В качестве испытуемых обследовано 50 студентов-психологов в возрасте 21–23 лет, в том числе 12 мужчин и 38 жен-

щин. В ходе исследования применялись следующие методики: «Тест эмоционального интеллекта» Н. Холла, «Личностная шкала проявлений тревоги» Дж. Тейлора (адаптированная В. Г. Норакидзе), метод ранговой корреляции Ч. Спирмена, критерий U Манна-Уитни. Сделан вывод, что у студентов-психологов между показателями эмоционального интеллекта и тревожности существуют значимые корреляции.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект; тревожность; студенты-психологи.

Актуальность. В современном обществе, находящемся в ситуации социально-экономической нестабильности, существует потребность в высококвалифицированных специалистах в области практической психологии, призванных помочь людям преодолеть трудные жизненные ситуации и максимально самореализоваться. В своей профессиональной деятельности практические психологи нередко сталкиваются со сложными задачами, требующими умения распознавать и воздействовать на эмоциональное состояние других людей, контролировать и распознавать собственные переживания. Данные способности в психологии обозначают термином «эмоциональный интеллект». Профессиональная подготовка психологов в вузе предъявляет высокие требования к эмоциональному интеллекту студентов, поскольку уровень его развития во многом определяет учебную успешность (Фурсова, 2013) и продуктивность саморегуляции поведения, деятельности и психического состояния (Краснопольская, 2012; Потапова, 2014).

Постановка проблемы. В современной психологии отсутствуют единое определение понятия «эмоциональный интеллект». В настоящем исследовании мы будем придерживаться модели эмоционального интеллекта Д. Гоулмана, согласно которой эмоциональный интеллект представляет собой совокупность навыков и характеристик, которые позволяют личности чувствовать, мотивировать себя, регулировать настроение, контролировать импульсивные проявления, удерживаться от фрустрации и таким образом добиваться успеха в повседневной жизни. В структуре эмоционального интеллекта автор выделяет пять составляющих: 1) самосознание (идентификация и называние эмоциональных состояний, понимание взаимосвязей между эмоциями, мышлением и действием); 2) самоконтроль (контроль эмоций и замена нежелательных эмоциональных состояний адекватными); 3) самомотивация (неимпульсивное поведение, способность входить в эмоциональные состояния, способствующие достижению успеха); 4) эмпатия (способность читать эмоции других людей, быть

чувствительным к ним и управлять эмоциями других); 5) социальные способности (способность вступать в удовлетворяющие межличностные отношения с другими людьми и поддерживать их) (Goleman, 1995).

Эмоциональный интеллект формируется в ходе жизни человека под влиянием ряда факторов, которые обуславливают его уровень и специфические индивидуальные особенности (Люсин, 2004). В качестве биологических предпосылок эмоционального интеллекта выступают свойства темперамента (Zeidner, 2003; Робертс, 2004; Андреева, 2007; Андреева, 2011), наследственные задатки эмоциональной восприимчивости (Андреева, 2011), согласованное межполушарное взаимодействие (Андреева, 2007; Андреева, 2011; Рагозинская, 2006; Рагозинская, 2014). Социальные предпосылки эмоционального интеллекта определяются характером детских отношений индивида с его родителями и их вниманием к внутренней жизни ребёнка (Андреева, 2006; Андреева, 2011; Рагозинская, 2009), индивидуальные особенности присвоения культурных правил относительно того, какие эмоции следует испытывать, как их выражать и как ими управлять и пр. (Zeidner, 2003; Робертс, 2004; Saarni, 1999).

Эмоциональный интеллект является подвижным конструктом, развитие которого не прекращается к моменту ранней взрослости (Андреева, 2011; Вахрушева, 2011; Чебыкин, 2005). По данным А.Я. Чебыкина и И.Г. Павловой, в этот период отмечается повышение всех компонентов эмоциональной зрелости (а именно: саморегуляционного и эмпатийного компонентов и эмоциональной экспрессивности) при ведущей роли эмпатии в организации адекватного эмоционального реагирования. Специфика этого периода состоит в отдельном, автономном становлении каждого из компонентов эмоциональной зрелости, что позволило авторам определить его как этап автономно-сбалансированных и относительно устойчивых ее проявлений (Чебыкин, 2005).

Л. Н. Вахрушева указывает, что особенностями эмоционального интеллекта на этапе юности и ранней взрослости являются относительно низкий уровень развития его параметров, меньшая внутренняя согласованность и качественное своеобразие стратегий эмоциональной саморегуляции по сравнению с лицами более старших возрастов. При этом развитие эмоционального интеллекта носит гетерохронный характер и проходит этапы роста и спада показателей (так, показатели способности к регуляции эмоции других людей в 16–17 лет и в 22–23 года выше, чем в 18–21 год) (Вахрушева, 2011).

Особый интерес для данного исследования представляют работы, освещающие особенности становления эмоционального интеллекта у студентов психологических факультетов. Однако данные, полученные

разными авторами, противоречивы. Так, А. М. Двойнин и Г. И. Данилова отмечают, что у студентов-психологов эмоциональный интеллект находится в целом на среднем уровне развития, однороден по своей структуре и мало изменяется в процессе обучения в вузе. При этом уровень понимания собственных и чужих эмоций, управления чужими эмоциями и контроля над внешним проявлением своих эмоций от первого к пятому курсам значимо не меняются. Авторы объясняют это тем, что у лиц, выбирающих профессию психолога, определенный уровень развития этих способностей уже был достигнут к моменту поступления в вуз, и в период обучения в вузе идет количественное накопление эмоционального опыта, но не развитие данных способностей. Показатели управления своими эмоциями имеют убывающую тенденцию, что, по мнению авторов, обусловлено личностным развитием и связано с процессом обучения. Во-первых, процесс обучения располагает к овладению юношами и девушками определенных новых для них норм и правил поведения, принятых в вузе и учебном коллективе. Новая социальная среда, в которую попадает студент-психолог на первом курсе, побуждает к соблюдению этих норм. Во-вторых, в этот период возрастает число стрессоров, что обуславливает эмоциональную неустойчивость студента (Двойнин, 2012).

Результаты исследования других авторов свидетельствуют о неоднородности структуры эмоционального интеллекта у студентов-психологов и затруднениях процессов его развития. Так, по данным И.Н. Мещеряковой, у 54% студентов-психологов выявлен низкий уровень эмоционального интеллекта, у 90% студентов – проблемы, связанные с контролем эмоций в общении, у 57% – низкий уровень эмпатии (Мещерякова, 2011).

По данным О.В. Грибковой, 60% студентов факультета психологии имеют низкий уровень развития эмоционального интеллекта, при этом у большинства из них наиболее высоко развита эмпатия, а наиболее слабо развиты такие компоненты эмоционального интеллекта, как самомотивация и управление своими эмоциями. По наблюдениям исследователя, большинство обследованных им студентов-психологов плохо управляют своими эмоциями и практически не способны произвольно переключаться с одних эмоций на другие. Вместе с тем, у студентов факультета психологии эмоциональный интеллект развит несколько лучше, чем у студентов юридического факультета (низкий уровень развития эмоционального интеллекта имеют 73% студента-юриста). Автор объясняет это тем, что у студентов-психологов в ходе обучения развиваются профессионально

значимые качества, среди которых все компоненты эмоционального интеллекта (Грибкова, 2012).

Другие работы отмечают, что более половины студентов-психологов имеют высокий уровень эмоционального интеллекта: умеют понимать свои чувства и чувства других людей, управлять своей эмоциональной сферой, отличаются адаптивным поведением в обществе (Краснопольская, 2012; Потапова, 2014) и относительно высоким уровнем психологической проницательности, а способность распознавать эмоции других людей у них развита лучше, чем у студентов других факультетов, не имеющих соответствующей психологической подготовки (Киселева, 1997).

В ряде источников представлены результаты изучения особенностей взаимосвязи эмоционального интеллекта и тревожности у студентов психологических факультетов. Так, по данным О.В. Грибковой, у студентов-психологов показатели личностной тревожности отрицательно коррелируют с показателями способности управлять своими эмоциями (Грибкова, 2012). В то же время, И.Н. Мещерякова рассматривает «полезную» тревожность как одну из составляющих эмоционального компонента эмоционального интеллекта у студентов-психологов наряду с эмпатией, эмоциональной отзывчивостью и мотивацией достижения успеха (Мещерякова, 2011). По данным О.А. Орищенко, тревожность является одним из основных факторов психологического профиля личности с высоким уровнем эмпатии. Будучи тревожными, эти люди нуждаются в поддержке, принятии и одобрении со стороны окружающих (Орищенко, 2015). Е.Л. Носенко и Н.В. Коврига отмечают влияние собственного эмоционального опыта переживания определенных эмоций на способность распознавать эмоции других людей, а также влияние компонента знаний относительно эмоций на эффективность их распознавания (Носенко, 2003). Это согласуется с данными Е.А. Киселевой и О.П. Санниковой, по которым наиболее высоким уровнем чувствительности к эмоциям других людей и адекватности их распознавания обладают те испытуемые, у которых в эмоциональной сфере преобладают эмоции печали и страха (Киселева, 1997). По данным С.П. Деревянко, эмоциональный интеллект способствует повышению эмоционального комфорта личности путем мотивационно-волевой саморегуляции и когнитивной переработки эмоциональных стимулов и побуждает к безусловному принятию других и самого себя. В то же время выраженность эмотивных составляющих эмоционального интеллекта (эмоциональной осведомленности и эмпатии) способствует снижению уровня эмоцио-

нальной комфортности, предположительно, вследствие накопления, длительной фиксации и преобладания в сознании негативного эмоционального опыта (Дервянко, 2008).

Таким образом, данные о взаимосвязи эмоционального интеллекта и тревожности у студентов-психологов, полученные разными авторами, весьма противоречивы, что свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения указанной проблема.

Цель исследования – выявить взаимосвязи эмоционального интеллекта и тревожности у студентов психологического факультета вуза.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 50 студентов психологических факультетов Челябинского государственного университета и Челябинского государственного педагогического университета, в том числе 12 мужчин и 38 женщин в возрасте от 21 до 24 лет. Все испытуемые являются студентами IV курса дневного отделения.

В исследовании использовались «Тест эмоционального интеллекта» Н. Холла, «Личностная шкала проявлений тревоги» Дж. Тейлор (адаптация В. Г. Норакидзе). Для математико-статистического анализа применялся метод ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования тревожности у студентов представлены в табл. 1.

Таблица 1 – Распределение испытуемых с разными уровнями тревожности

Уровень тревожности	Количество испытуемых (%)
Высокий уровень	22,00%
Средний уровень с тенденцией к высокому	46,00%
Средний уровень с тенденцией к низкому	24,00%
Низкий уровень	8,00%

Согласно данным в табл. 1, 22% испытуемых присущ высокий уровень тревожности, у 46% испытуемых выявлен средний уровень тревожности с тенденцией к высокому, у 24% испытуемых выявлен средний уровень тревожности с тенденцией к низкому уровню, у 8% испытуемых выявлен низкий уровень тревожности.

Результаты исследования эмоционального интеллекта представлены в табл. 2.

Таблица 2 – Распределение испытуемых с разными уровнями развития эмоционального интеллекта

Шкалы эмоционального интеллекта	Уровни развития эмоционального интеллекта		
	высокий	средний	низкий
Эмоциональная осведомленность	24,00%	76,00%	0,00%
Управление своими эмоциями	26,00%	70,00%	4,00%
Самотивация	28,00%	70,00%	2,00%
Эмпатия	26,00%	74,00%	0,00%
Распознавание эмоций других людей	12,00%	88,00%	0,00%
Интегративный показатель	22,00%	78,00%	0,00%

Согласно данным, представленным в табл. 2, эмоциональная осведомленность у 24% испытуемых развита высоко, у 76% испытуемых – умеренно. Испытуемых с низким уровнем эмоциональной осведомленности в обследованной группе не выявлено.

Способность управлять своими эмоциями у 26% испытуемых развита высоко, у 70% испытуемых – умеренно, у 4% испытуемых – слабо.

Самотивация у 28% испытуемых развита высоко, у 70% испытуемых – умеренно, у 2% испытуемых – слабо.

Эмпатия у 26% испытуемых развита высоко, у 74% испытуемых – умеренно. Испытуемых с низким уровнем эмпатии в обследованной группе не выявлено.

Способность распознавать эмоции других людей у 12% испытуемых развита высоко, у 88% испытуемых – умеренно. Испытуемых с низким уровнем способности к распознаванию эмоций других людей в обследованной группе не выявлено.

У 22% испытуемых развита высоко, у 78% испытуемых – умеренно. Испытуемых с низким уровнем эмоционального интеллекта в обследованной группе не выявлено.

Взаимосвязь между показателями эмоционального интеллекта и тревожности у студентов исследовали с помощью метода ранговой корреляции Спирмена. Результаты корреляционного анализа представлены в табл. 3.

Таблица 3 – Результаты корреляционного анализа показателей эмоционального интеллекта и тревожности

Показатели	Значение коэффициента	p
Эмоциональная осведомленность	-0,28	$\leq 0,05$
Управление своими эмоциями	-0,47	$\leq 0,01$
Самотивация	-0,53	$\leq 0,01$
Эмпатия	-0,11	$> 0,05$
Распознавание эмоций других людей	-0,31	$\leq 0,05$
Интегративный уровень эмоционального интеллекта	-0,34	$\leq 0,05$

Согласно данным в табл. 3, показатели тревожности образуют значимую отрицательную связь с показателями эмоциональной осведомленности ($p \leq 0,05$), способности управлять своими эмоциями (при $p \leq 0,01$), самотивации (при $p \leq 0,01$), способности распознавать эмоции других людей ($p \leq 0,05$) и интегративного уровня эмоционального интеллекта ($p \leq 0,05$). Между показателями тревожности и эмпатии в настоящем исследовании статистически значимых связей не выявлено ($p > 0,05$).

Таким образом, результаты исследования показали, что уровень тревожности у большинства студентов-психологов – средний, что свидетельствует об их умеренно выраженной способности к эмоциональной саморегуляции. Уровень развития эмоционального интеллекта и всех его основных составляющих у большинства обследованных студентов-психологов – средний, что свидетельствует об их умеренно развитых способностях осознавать собственные эмоции, управлять своими эмоциями и использовать эмоции для стимуляции когнитивной деятельности, различать эмоции окружающих по внешним проявлениям и воздействовать на эмоциональное состояние другого человека.

Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о том, что показатели тревожности у студентов-психологов образуют значимую отрицательную связь с показателями эмоционального интеллекта, а также таких его компонентов, как эмоциональная осведомленность, самотивация и способность распознавать эмоции других людей. Это можно объяснить тем, что высокий уровень развития эмоционального интеллекта дает воз-

возможность индивиду осознавать и контролировать свои эмоции, удерживаться от фрустрации и адекватно реагировать на настроения, побуждения и желания других людей, сохраняя, тем самым, нормальный уровень тревожности. Между показателями тревожности и эмпатии в настоящем исследовании не выявлено статистически значимых корреляционных связей. Можно предположить, что связь этого компонента эмоционального интеллекта с тревожностью у студентов-психологов существует, но она не является линейной, поскольку результаты современных исследований свидетельствуют о том, что с повышением тревожности могут быть сопряжены как слишком высокий уровень эмпатии, так и низкий ее уровень. В этой связи Дж. Сайаррочи отметил, что высокая выраженность способности к пониманию эмоций других не всегда приводит к благоприятным для субъекта последствиям, более того, в напряженных условиях она может приводить к повышенному уровню депрессии, тревожности, пессимизма и пр.

Результаты, полученные в ходе исследования позволили сформулировать следующие выводы:

1. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что у студентов-психологов когнитивные и регуляторные составляющие эмоционального интеллекта (эмоциональная осведомленность, управление своими эмоциями, самомотивация и распознавание эмоций других людей) отрицательно связаны с тревожностью.

2. Между показателями эмотивного компонента эмоционального интеллекта (эмпатия) и тревожностью у студентов-психологов статистически значимые связи не выявлены.

Список литературы

1. Андреева И. Н. Биологические и социальные предпосылки эмоционального интеллекта // Когнитивная психология. Минск: Изд-во БГПУ, 2006. С. 7–11.
2. Андреева И. Н. Предпосылки развития эмоционального интеллекта // Вопросы психологии. 2007. № 5. С. 57–65.
3. Андреева И. Н. Эмоциональный интеллект как феномен современной психологии. Новополоцк: ПГУ, 2011. 388 с.
4. Вахрушева Л. Н. Выраженность структурных и качественных характеристик эмоционального интеллекта на этапе юности и ранней взрослости : автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2011. 20 с.
5. Грибкова О. В. Взаимосвязь личностной тревожности и эмоционального интеллекта у студентов младших курсов гуманитарных специальностей // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия: Психология. 2012. № 1 (11). С. 3–8.
6. Двойнин А. М., Данилова Г. И. Эмоциональный интеллект и рефлексивность студентов-психологов // Вестник ПСТГУ. 2012. № 1. С. 121–134.

7. Дерев'яно С. Актуалізація емоційного інтелекту в емоціогенних умовах // Соціальна психологія. 2008. № 1 (27). С. 96–104.
8. Киселева Е. А., Санникова О. П. Психологическая проницательность и ее диагностика // Виховання економічної культури. Одесса, 1997. С. 91–98.
9. Краснопольская Н. С. Взаимосвязь эмоционального интеллекта и жизнестойкости студентов вуза // Вестник Брянского государственного университета. Серия: Педагогика и психология. 2012. № 1. С. 150–154.
10. Люсин Д. В. Современные представления об эмоциональном интеллекте // Социальный интеллект: Теория, измерение, исследования / под ред. Д. В. Люсина, Д. В. Ушакова. М.: Институт психологии РАН, 2004. С. 29–36.
11. Мещерякова И. Н. Развитие эмоционального интеллекта студентов-психологов в процессе обучения в вузе : дис. ... канд. психол. наук. Курск, 2011. 239 с.
12. Носенко Е. Л., Коврига Н. В. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні функції: монографія. Київ: Вища школа, 2003. 126 с.
13. Орищенко О. А. Психологический портрет личности с высоким уровнем эмпатии // Science and Education a New Dimension. 2015. № 55. С. 86–88.
14. Потапова В. В., Федоренко В. В. Сравнительный анализ показателей эмоционального интеллекта, агрессивности и тревожности у студентов // Казанская наука. 2014. № 4. С. 273–275.
15. Рагозинская В. Г. Функциональная асимметрия мозга и развитие аффективной регуляции в онтогенезе // Вестник Балтийской Педагогической Академии. 2006. № 71. С. 108–112.
16. Рагозинская В. Г. Особенности межцентральных отношений при алекситимии // Нейронаука в психологии, образовании, медицине / под ред. Т. В. Черниговской [и др.]. СПб.: ЛЕМА, 2014. С. 29–36.
17. Рагозинская, В. Г. Эмоциональная саморегуляция и семейная триангуляция/ В. Г. Рагозинская // Вестник Института Психологии и Педагогики. 2009. № 11. С. 64–74.
18. Эмоциональный интеллект: проблемы теории, измерения и применения на практике / Р. Д. Робертс, Дж. Мэттьюс, М. Зайднер, Д. В. Люсин // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2004. Т. 1, № 4. С. 3–26.
19. Фурсова Д. В. Экспериментальное изучение влияния эмоционального интеллекта на учебную успешность студентов-психологов // Научные проблемы гуманитарных исследований. 2013. № 1. С. 108–113.
20. Чебикін О. Я., Павлова І. Г. Становлення емоційної зрілості в підлітковому та юнацькому віці // Наука і освіта. 2005. № 5–6. С. 180–186.
21. Ciarrrochi J. V., Dean F. P., Anderson S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health // Personality and Individual Differences. 2002. Vol. 32. P. 197–209.
22. Goleman D. Emotional intelligence. NY: Bantam Books, 1995. 352 p.
23. Saarni C. The development of emotional competence. NY : Guilford Press, 1999. 381 p.
24. Development of emotional intelligence / M. Zeidner, G. Matthews, R. D. Roberts, C. McCann // Human Development. 2003. Vol. 46. P. 69–96.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ ЛИЧНОСТИ У СТУДЕНТОВ

О. В. Николаева

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
г. Чебоксары, Россия

Аннотация. Проведено психологическое изучение особенностей временной перспективы личности у 67 студентов с целью выявления различий по гендерному и религиозному аспектам. Использовались опросник временной перспективы Ф. Зимбардо, шкала базовых убеждений Р. Янова-Бульмана, опросник временной перспективы трансцендентного будущего. Определена специфика временных ориентаций личности у юношей и девушек, а также выявлены психологические особенности временной перспективы у православных студентов и студентов-мусульман. Сформулированы выводы по исследованию особенностей временной перспективы личности у студентов.

Ключевые слова: временная перспектива, психологические особенности, студенты, гендерные аспекты, религиозный фактор

Актуальность. В психологии категория времени приобрела особое значение после постановки вопросов о времени жизни, временных представлениях личности и т.д. Временная перспектива характеризует психологическую направленность личности на прошлое, настоящее и будущее (Левин, 2001), она тесно связана с мотивацией (Нюттен, 2004) и психологическим благополучием личности. Актуальность исследования временной перспективы личности у студентов обусловлена значимостью временной перспективы в период профессионально-личностного становления человека, которое приходится на период обучения в вузе (Леонтьев, 2001).

Постановка проблемы. Категория временной перспективы личности является сравнительно новым понятием, которая не имеет однозначного определения. Одни авторы рассматривают этот термин, как включение будущего и прошлого, реального и идеального плана жизни в план данного момента (Левин, 2001), другие считают, что это оценочный компонент размышлений человека о своем прошлом, о своих настоящих событиях и действий, а также будущих планов и целей (Зимбардо, 2010), третьи полагают, что временная перспектива – когнитивная способность личности

предвидеть будущее, прогнозировать его, представлять себя в будущем (Абульханово-Славская, 1990). Из-за неясности понимания, разные исследователи предлагают измерять совершенно разные параметры при ее изучении.

Таким образом, вопросы, связанные с временной перспективой, активно изучаются в настоящее время, однако очень мало исследований, относящихся к студенческому периоду жизни и учитывающих при этом гендерные и религиозные особенности.

Цель данной работы – изучить психологические особенности временной перспективы личности у студентов с учетом гендерного и религиозного факторов.

В работе были применены методы анализа научной литературы по проблеме исследования, анкетирование, тестирование, математико-статистической обработки данных. В тестировании использованы такие методики, как опросник временной перспективы Ф. Зимбардо (Зимбардо, 2010), шкала базовых убеждений Р. Янова-Бульмана (Падун, 2007) и опросник временной перспективы трансцендентного будущего (Зимбардо, 2010).

Исследование проводилось на базе Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова, со студентами 1-2 курсов медицинского факультета. В исследовании принимали участие 67 респондентов, среди которых 46 юношей и 21 девушек; 34 православных студентов и 33 студентов-мусульман.

В ходе исследования гендерных особенностей временной перспективы у студентов были получены следующие результаты.

По результатам анкеты выявилось, что в незарегистрированном браке живут больше девушек, чем юношей, а среди юношей есть женатые и разведенные, большинство юношей положительно оценивают свое здоровье, а среди девушек половина считают себя имеющими временные проблемы со здоровьем или больными; в трудной жизненной ситуации большинство юношей предпочитают полагаться только на себя, а девушки - к родным и друзьям; все юноши категорически не допускают совершения самоубийства, когда как некоторые девушки считают суицид допустимым способом выхода из трудной ситуации.

Методика изучения временной перспективы личности выявила (таблица 1), что у большинства студентов на первом месте стоит шкала позитивного прошлого, указывающее на то, что эти студенты радостно относятся к жизни и имеют при этом адекватную самооценку. На втором месте у юношей выявилась шкала будущего, у девушек – негативного прошлого и гедонистического настоящего, из этого следует, что юноши

больше ориентированы на будущие события, у них высокая мотивация на достижение поставленных целей и вознаграждений, а девушки имеют пессимистический взгляд на прошлое и не удовлетворены своим настоящим.

Таблица 1 – Средние значения по шкалам методики изучения временной перспективы личности Ф. Зимбардо

Шкала	Юноши	Девушки	Достоверность различий	
			t	p
Негативное прошлое	3,05±1,07	3,87±0,65	-3,43	0,0001
Гедонистическое настоящее	3,67±0,74	3,76±0,72	-1,08	0,283
Будущее	4,1±0,67	3,68±0,73	2,48	0,016
Позитивное прошлое	4,43±0,49	4,22±0,74	1,42	0,161
Фаталистическое настоящее	2,44±0,85	2,81±0,72	-2,033	0,046

Анализ данных по Шкале базовых убеждений Р. Янова-Бульмана (таблица 2) выявил следующие различия: юноши больше замечают в окружающих людях человеколюбие, доброжелательность, отзывчивость, а также больше ценят себя и склонны контролировать настоящие события, девушки считают мир и происходящие события неслучайными, имеющими определенный смысл, которые не нуждаются в контроле.

Таблица 2 – Доля опрошенных, имеющие низкие показатели по шкалам опросника базовых убеждений(%)

Субшкала	Юноши	Девушки
Благосклонностьмира	2,17	9,52
Доброта	17,39	23,8
Справедливость	39,13	14,28
Контролируемость	6,52	19,04
Случайность	34,78	38,09
Ценность Я	17,39	19,04
Степень самоконтроля	17,39	9,52
Степень удачи	28,26	23,8

Опросник временной перспективы трансцендентного будущего показал (рис. 1), что по многим вопросам у девушек баллы выше, чем у юно-

шей, из этого следует, что у девушек убежденность в трансцендентности будущего выражено в большей степени.

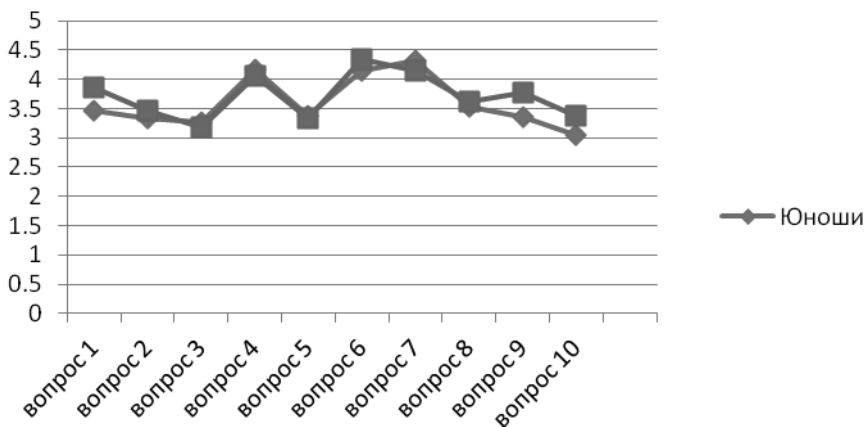


Рис. 1. Средние показатели отдельных вопросов по опроснику временной перспективы трансцендентного будущего

В ходе исследования особенностей временной перспективы по религиозному фактору были получены следующие результаты.

Из данных, полученных с помощью анкеты было выявлено, что по гендерному фактору и семейному положению значимых различий не имеются; самооценка здоровья у студентов-мусульман более положительная, чем у православных студентов; оказавшись в трудной жизненной ситуации, большинство приверженцев ислама будут рассчитывать лишь на свои силы, а также попросят помощи у родных, православные надеются на помощь со стороны друзей; также у студентов-мусульман был выявлен очень высокий антисуицидальный барьер; в случае тяжелой болезни студенты-мусульмане, кроме обращения к официальной медицине, считают важным искать помощи у своей религии, что не наблюдается у православных студентов.

По методике изучения временной перспективы Ф. Зимбардо было выявлено (таблица 3), что студенты-мусульмане ориентированы больше всего на будущее, у них преобладает мотивация на достижение будущих целей, они способны предвидеть последствия своих действий и поступков. Православные студенты ориентированы на прошлое, при принятии решения они руководствуются прошлым опытом, позитивным и негативным.

Таблица 3 - Средние значения по шкалам методики изучения временной перспективы личности Ф. Зимбардо

Субшкала	Православные студенты	Студенты-мусульмане	Достоверность различий	
			t	p
Негативнопрошлое	3,13±0,86	3,49±1,16	1,44	0,15
Гедонистическоенастоящее	3,60±0,78	3,80±0,67	1,12	0,26
Будущее	3,80±0,63	4,14±0,75	2,01	0,04
Позитивнопрошлое	4,27±0,66	4,45±0,48	1,27	0,20
Фаталистическое настоящее	2,51±0,77	2,61±0,89	0,49	0,62

Результаты, полученные с помощью Шкалы базовых убеждений, показали (рис. 2), что православным студентам свойственно сомневаться в доброте окружающих людей, они не верят в случайность происходящих событий, думают, что они предначертаны судьбой, поэтому считают, что невозможно контролировать и изменять события, однако в то же время верят в удачливость. Студентам-мусульманам характерно такое качество, как добродушное отношение к окружающим, они верят в возможность контролировать свою деятельность, однако считают, что в мире не всегда существует справедливость.



Рис.2. Доля опрошенных, имеющих высокие показатели по шкалам, (%)

Опросник временной перспективы трансцендентного будущего показал (рис.3), что все респонденты верят в жизнь после смерти и в существование вознаграждения и наказания за совершаемые поступки, но у православных студентов это выражено в большей степени.

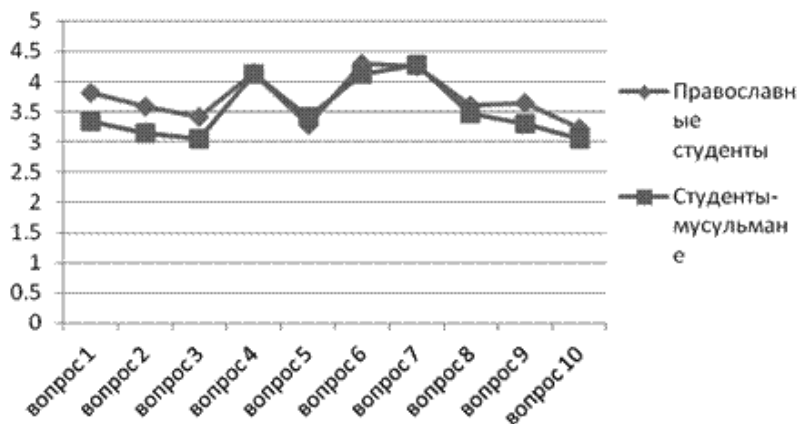


Рис. 3. Средние показатели отдельных вопросов по опроснику временной перспективы трансцендентного будущего

В заключении можно сказать, что временная перспектива личности представляет собой способность человека предвидеть и прогнозировать будущее, контролировать свою деятельность в настоящем и ориентироваться при этом прошлым опытом. Психологические особенности временной перспективы человека изменяются в ходе развития и социализации личности, при изменениях состояния здоровья.

Юноши в большей степени ориентированы на будущие события, на построение своей карьеры, они тщательно продумывают свои действия и ставят перед собой четкие цели. Девушки ориентированы на события настоящего времени и поэтому стремятся к работе, которая способна дать результаты незамедлительно. Также они излишне фиксированы на прошлом негативном опыте, что мешает сосредоточиться на будущем.

Значимые различия во временной перспективе определены у студентов в связи с религиозным фактором. Ориентация на будущее достоверно более выражено у студентов-мусульман, чем студентов-православных. Этим можно объяснить, что студенты-мусульмане в большей мере, чем студенты-православные направлены на достижение поставленных целей, для чего больше контролируют и планируют свою деятельность в настоящем.

Самооценка здоровья студентами-мусульманами более высокая, чем православными студентами. В критической и трудной жизненной ситуации православные студенты достоверно чаще обращаются за помощью к ближайшему социальному окружению (родным, друзьям), студенты-мусульмане более ориентированы на свои собственные силы.

Список литературы

1. Абульханова-Славская К. А. Личностная регуляция времени // Психология личности в социалистическом обществе: Личность и ее жизненный путь. М.: Мысль, 1990. С. 114-129.
2. Зимбардо Ф., Бойд Дж. Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь. СПб.: Речь, 2010. 352 с.
3. Левин К. Динамическая психология : Избр. тр. М.: Смысл, 2001. 572 с.
4. Леонтьев Д. А., Шелобанова Е. В. Профессиональное самоопределение как построение образов возможного будущего // Вопросы психологии. 2001. № 1. С. 57-65.
5. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива. М.: Смысл, 2004. 608 с.
6. Падун М. А., Котельникова А. В. Методика исследования базисных убеждений личности // Лаборатория психологии и психотерапии посттравматического стресса ИПРАН. М., 2007.

УДК 159.98

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ВАЖНЫХ КАЧЕСТВ И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ЛИЧНОСТИ МАШИНИСТА ЛОКОМОТИВА КАК ПОКАЗАТЕЛЯ(ЕЙ) ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

М. В. Сокольская

Дальневосточный государственный университет путей сообщения,
г. Хабаровск, Россия

Аннотация. В системе железнодорожного транспорта сложилась достаточно критичная ситуация в отношении сохранения и поддержания профессионального здоровья операторов. Несмотря на большое количество исследований стрессоустойчивости личности в экстремальных условиях деятельности - профессионально-важного качества, оказывающего определяющее влияние на профессиональную надежность машиниста локомотива, тем не менее нет достаточной ясности в понимании сущности стрессоустойчивости профессионала. В связи с чем была определена цель исследова-

дования: выявить взаимосвязь профессионально-важных качеств и стрессоустойчивости личности машиниста локомотива - показателей профессионального здоровья. Автор предположил, что личностные особенности и стрессоустойчивость машинистов локомотива находятся в определенной зависимости как комплекс характеристик профессионального здоровья.

В исследовании приняли участие машинисты локомотивов и их помощники ст. Южно-Сахалинск Дальневосточной железной дороги филиала ОАО «РЖД». Пакет диагностических методов на комплексе УПДК МК включал: методику определения стрессоустойчивости; методику определения скорости переключения внимания (красно-черные таблицы Шульте-Платонова); многофакторный опросник Р.Б. Кэттелла; методику «Диагностика межличностных отношений Т. Лири»; опросник К. Леонгарда - Г. Шмишека.

Анализ результатов эмпирического исследования показал, что стрессоустойчивость операторов жд-транспорта прямо коррелирует с уровнем развития интеллекта, эмоциональной стабильностью и переключением внимания, но не коррелирует с дружелюбным и альтруистическим стилями общения. Таким образом, стрессоустойчивость – это профессионально-важное качество, необходимое машинистам локомотива, в первую очередь, в экстремальных условиях деятельности, но не в межличностных взаимоотношениях.

В результате многочисленных исследований доказано, что в наибольшей степени повышению стрессоустойчивости способствует способность к саморегуляции, поэтому рекомендации, предлагаемые для поддержания и сохранения стрессоустойчивости, направлены, в первую очередь, на развитие способности к саморегуляции.

Ключевые слова: профессиональное здоровье, личность, профессионал, машинист локомотива, профессионально-важные качества, стрессоустойчивость.

Актуальность. Актуальность проблемы определяется непрерывно возрастающей значимостью изучения различных аспектов взаимодействия в системах «человек-техника». Большое внимание уделяется специфике трудовой деятельности в такой стратегически значимой и человекоемкой отрасли как железнодорожный транспорт. И, в первую очередь, труду операторов (машиниста локомотива и поездного диспетчера) – специалистов, непосредственно связанных с организацией и управлением движения на жд-транспорте, находящихся на передовой деятельности, так как качество их работы – это безопасность перевозок. Именно поэтому высокие требования предъявляются не только к уровню профессиональной пригодности операторов, но и к их психологической устойчивости и стрессоустойчивости.

Постановка проблемы. Работа машиниста локомотива осуществляется в условиях, связанных с высокой вероятностью аварийных ситуаций, дефицитом времени, возможным резким изменением функциональных состояний от монотонного и оперативного покоя до стрессовых состояний. Экстремальные ситуации, как правило, возникают очень быстро, времени для их предупреждения практически нет, поэтому очень многое в эти моменты зависит от подготовки специалистов, их психологической готовности и стрессоустойчивости.

Под стрессоустойчивостью понимают способность человека переносить умственные и физические нагрузки, а также сохранять работоспособность в экстремальных ситуациях. Стрессоустойчивость оказывает значительное влияние на профессиональную надежность машиниста локомотива (Бодров, 2001).

В транспортной отрасли в целом, несмотря на большое количество исследований стрессоустойчивости, нет достаточной ясности в понимании сущности стрессоустойчивости профессионала, в связи с чем была определена цель настоящего исследования: выявить взаимосвязь профессионально-важных качеств и стрессоустойчивости личности машиниста локомотива – комплекса показателей их профессионального здоровья (Сокольская, 2012).

Профессиональное здоровье в целом рассматривается, как свойство организма сохранять заданные компенсаторные и защитные механизмы, обеспечивающие работоспособность во всех условиях, в которых протекает профессиональная деятельность индивидуума (Разумов, Пономаренко, Пискунов, 1996; Маклаков, 1996). Понятие о профессиональном здоровье, в отличие от принятых определений здоровья, подразумевает наличие такого качества, как способность организма восстанавливать нарушенное состояние в соответствии с регламентацией объема и вида профессионального труда. Важным является поддержание и восстановление рабочего состояния. Тогда главной целью становится предупреждение болезненного состояния человека путем активного восстановления его психофизиологических резервов, обеспечивающих равновесие организма с окружающей средой.

Профессиональное здоровье как значимый фактор обеспечения выполнения профессиональной деятельности представляет собой интегративную характеристику личности, структуру которой составляют профессионально-важные качества. Следовательно, профессионально-важные качества не только взаимосвязаны, как компоненты целого, но и взаимозависимы (Разумов, Пономаренко, 1997; Сокольская, 2012).

Мы предположили, что личностные особенности и стрессоустойчивость машинистов локомотива находятся в определенной зависимости как комплекс характеристик профессионального здоровья. А именно, чем выше уровень таких профессионально-важных личностных показателей машинистов, как качество интеллекта, эмоциональная стабильность, скорость переключения внимания, преобладание дружелюбного и альтруистического стиля общения, тем выше уровень их стрессоустойчивости в условиях экстремальной деятельности.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе психофизиологической лаборатории на ст. Южно-Сахалинск Дальневосточной железной дороги филиала ОАО «РЖД».

В качестве респондентов выступили 22 человека – машинисты локомотивов и помощники машинистов.

Для реализации цели исследования был определен пакет диагностических методов на комплексе УПДК МК: методика определения стрессоустойчивости; методика определения скорости переключения внимания (красно-черные таблицы Шульте-Платонова); многофакторный опросник Р. Б. Кэттелла; методика «Диагностика межличностных отношений Т. Лири»; опросник К. Леонгарда - Г. Шмишека.

Для анализа результатов исследования применялся метод математической статистики – коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение. Машинисты локомотивов, которые отвечают за весь поезд и осуществляют движение не только по станции, но и по перегонам, занимают особое место среди операторов движущихся объектов железнодорожного транспорта. С одной стороны, представители этой профессии способны предотвратить нарушения безопасности, обусловленные ошибками персонала путейской, ремонтной и диспетчерской служб, а с другой – неправильное или несвоевременно принятое машинистом решение, даже при четко отлаженной работе всех служб, обеспечивающих безопасность, может привести к аварийному инциденту.

В профессиональной деятельности машиниста локомотива выделяют два последовательных этапа:

1) подготовка локомотива к поездке, во время которой машинист производит осмотр и проверку всех его технических элементов;

2) непосредственная управляющая деятельность, под которой понимают «реализацию комплекса правильных и своевременных действий по безопасному управлению движением поезда на основании принятых машинистом решений при переработке исходной и рабочей информации, получаемой в процессе ведения поезда» (Козубенко, 1992; Нерсисян, 2005).

Работа машиниста основывается на двух видах управляющей деятельности, которые протекают параллельно друг другу: процесса вождения и контроля работы механизмов и систем локомотива.

Машинист подготавливает локомотив к поездке, управляет им во время следования, определяет рациональный режим движения поезда, наблюдает за работой локомотива, при необходимости производит небольшой текущий ремонт; готовит машину для сдачи в депо. Машинист локомотива обязан вести поезд по графику, учитывать сигналы предупреждений на перегонах, следить за семафорами, показаниями приборов, состоянием пути. Т.е. основной процесс деятельности основан на наблюдении, которое выражается в восприятии и обработке поступающей информации.

Еще одно из важных качеств в работе машиниста - это внимание. Основная нагрузка на внимание машиниста близка к предельной, очень важны такие свойства внимания как скорость переключения, распределение и устойчивость, т.е. способность поддерживать необходимый уровень внимания в течение длительного времени и вместе с тем не концентрировать его надолго лишь на одном или нескольких объектах (избирательная селективность внимания), иметь в «поле зрения» всю ситуацию в целом.

Профессия предъявляет повышенные требования к зрительным и слуховым анализаторам. Подсчитано, что за каждую смену представитель этой профессии должен разглядеть около 1300 важных объектов. Из-за ограниченного количества времени для осуществления нужного действия (например, рассчитать величину тормозного пути) машинист должен на чрезвычайно малом отрезке времени не только воспринять соответствующий сигнал, но правильно осмыслить его, принять соответствующее решение и реализовать его в виде необходимого двигательного акта (работа зрительного анализатора). Кроме того, на железной дороге «нелетной» погоды не бывает. А чтобы вести поезд по графику в непогоду, машинист должен обладать не только большим опытом, высоким мастерством и знаниями, но и личными качествами: самообладанием, осторожностью, сдержанностью, осмотрительностью. Также важны - хорошее цветовосприятие, чувство времени и расстояния, устойчивость к однообразной деятельности, умение быстро оценивать ситуацию и принимать верное решение (Нерсесян, 2005).

Деятельность машиниста локомотива и помощника машиниста, протекает на фоне постоянного и значительного нервно-эмоционального напряжения, обусловленного сознанием огромной ответственности за обеспечение безопасности движения. Машинист совершает относительно не много действий, и они по своей структуре не сложны, но несут огромную ответственность.

Общими и основными для всех видов движения психофизиологическими качествами, обеспечивающими профессиональную пригодность машинистов, являются:

- готовность к экстренному действию;
- бдительность;
- высокий уровень устойчивости внимания и скорости его переключения;
- эмоциональная устойчивость (помехоустойчивость) (Копытенкова, 2014).

Эти качества, во многом обусловленные природными задатками, являются относительно постоянными и мало тренируемыми. Профессиональная деятельность работников локомотивных бригад предъявляет повышенные требования и к некоторым другим психическим свойствам. В отличие от основных, они могут развиваться и тренироваться, но для успешной работы требуют определенного «исходного» уровня. К таким свойствам относятся стрессоустойчивость, объем и концентрация внимания. Физиологическая «стоимость» достаточного уровня стрессоустойчивости и концентрации внимания зависит от их «исходного» уровня и качества обучения.

Психологическая характеристика личности машиниста локомотива, как профессионала, основывается, в первую очередь, на его профессиональных качествах.

Профессионально-важные качества (ПВК) и профессиональная компетентность рассматриваются как важные факторы, детерминирующие профессиональную эффективность и удовлетворенность профессиональной деятельностью (Сокольская, 2012).

На основании вышеизложенных фактов, а также с учетом других параметров был составлен перечень ПВК машиниста локомотива, а именно выделены психологические и психофизиологические составляющие (характеристики), необходимые для успешной работы на данной должности: сила нервной системы; лабильность (подвижность) нервной системы; переключаемость внимания (скорость переключения внимания); ГЭД (бдительность); объем внимания; избирательная селективность внимания (способность выборочно реагировать на раздражители); концентрация внимания; помехоустойчивость; глазомер; оперативная память; долговременная память; стрессоустойчивость; совместимость с другими людьми (бесконфликтность, срабатываемость); мотивация.

К профессионально-важным качествам личности относятся: сообразительность, осторожность, наблюдательность, осмотрительность, бдитель-

ность, решительность, выдержка, дисциплинированность, организованность, самообладание, ответственность.

С одной стороны, по данным психологических исследований, личностные особенности являются базисными характеристиками конкретного индивида, а с другой стороны, в большой степени определяют индивидуальные поведенческие реакции и психические состояния, влияющие на эффективность профессиональной деятельности.

Важными направлениями, в соответствии с которыми осуществляется решение проблемы эффективности профессиональной деятельности на железнодорожном транспорте, являются, во-первых, проведение профотбора на основе анализа профессионально важных качеств, необходимых в деятельности машиниста локомотива, и, во-вторых, совершенствование профессиональной подготовки операторов с целью развития у них адекватных данной профессии ПВК и формированию индивидуального стиля деятельности.

Успешность машиниста во многом зависит от его способности действовать в экстремальных ситуациях и от стрессоустойчивости. Стрессоустойчивость влияет на характер поведения и качество деятельности машиниста как в обычных, так и в экстремальных ситуациях.

Все теоретически выделенные и подтвержденные нами эмпирическим путем профессионально - важные качества машиниста локомотива, оказались значимо связанными с уровнем профессиональной стрессоустойчивости машинистов. Невозможно выделить какой-либо показатель в качестве ведущего, связь которого с профессиональной успешностью в деятельности машиниста локомотива была бы более значимой, чем у остальных. Полученные данные позволяют утверждать, что каждый из использованных показателей является весьма важным компонентом профессиональной пригодности машиниста. Следовательно, стрессоустойчивость также является профессионально – значимым качеством машинистов локомотива.

На основании результатов эмпирического исследования, направленного на изучение взаимосвязи профессионально-важных качеств личности машиниста локомотива и его стрессоустойчивости, можно сделать следующие выводы, которые мы принимаем на данном этапе лишь в качестве тенденции:

- 45,5% респондентов обладают средним и высоким уровнем интеллекта;
- 50% машинистов эмоционально стабильны;
- 18,2% респондентов самодостаточны, а 72,7% имеют средний показатель самодостаточности;

- у большинства респондентов выявлены средний и высокий уровень напряженности;
- в основном, машинисты амбиверты, большинство из них ведомые, чем ведущие;
- в среде машинистов преобладает дружелюбный и альтруистический стиль взаимоотношений.

Обработка результатов с помощью методов математической статистики Спирмена, показала, что стрессоустойчивость машинистов прямо коррелирует с уровнем развития интеллекта, эмоциональной стабильностью и переключением внимания, но не коррелирует с дружелюбным и альтруистическим стилями общения.

Таким образом, стрессоустойчивость – это профессионально-важное качество, необходимое машинистам локомотива, в первую очередь, в экстремальных условиях деятельности, но не в межличностных взаимоотношениях.

В результате многочисленных исследований доказано, что в наибольшей степени повышению стрессоустойчивости способствует способность к саморегуляции.

Поэтому, рекомендации, предлагаемые для поддержания и сохранения стрессоустойчивости, направлены на развитие способности к саморегуляции.

Существуют несколько методов развития саморегуляции:

- психические методы (аутогенная тренировка, индивидуальная или групповая коррекция);
- психофизиологические методы (сеансы релаксации, с использованием цвета и музыки; дыхательные упражнения);
- физические методы (гимнастика, танцы, бег и т.д.);
- занятие любым видом искусства, творчеством.

Из всех предлагаемых методов машинисты локомотива отдают предпочтение физическим упражнениям.

В результате проведенного исследования гипотеза подтвердилась частично: не все профессионально-важные качества личности машинистов локомотивов, заданные в исследовании, влияют на их стрессоустойчивость в профессиональной деятельности. Исходя из проделанной работы выяснилось, что машинисты с высоким уровнем стрессоустойчивости обладают такими качествами как высокий уровень интеллекта, эмоциональная стабильность, высокая скорость переключения внимания.

Профессионал, обладающий данными качествами более адаптивен, жизнерадостен, энергичен, способен противостоять действию стрессогенных факторов.

Мы планируем продолжить исследования на расширенной профессиональной выборке машинистов локомотива ОАО «РЖД». Мы предполагаем, что стрессоустойчивость профессионалов в регионах с экстремальными условиями жизнедеятельности будет иметь определенную специфику.

Список литературы

1. Бодров В. А. Психология профессиональной пригодности. М.: ПЕРСЭ, 2001. 511 с.
2. Козубенко В. Г. Безопасное управление поездом: вопросы и ответы. М.: Транспорт, 1992. 254 с.
3. Копытенькова О. И., Алиев О. Т. Психофизиологические методы, для определения профессиональной пригодности машинистов железнодорожного транспорта, [Электронный ресурс] // Наукovedение: интернет журнал, 2014. № 5. URL: <http://naukovedenie.ru> (дата обращения 10.09.2016).
4. Маклаков А. Г. Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих : автореф. ... дис. д-ра псих. наук. СПб., 1996. 37 с.
5. Нерсесян Л. С. Железнодорожная психология. М.: РЕИНФОР, 2005. 533 с.
6. Пономаренко В. А., Разумов А. Н. Новые концепции охраны и восстановления здоровья здорового человека в трудной деятельности. М., 1997. 151 с.
7. Психофизиологическое обеспечение профессиональной деятельности работников локомотивных бригад ОАО «РЖД» : метод. пособие для специалистов психофизиологических подразделений. М.: Департамент здравоохранения ОАО «РЖД», 2011.
8. Разумов А. Н., Пономаренко В. А., Пискунов В. А. Здоровье здорового человека / под ред. В.С. Шинкаренко. М., 1996. С. 12–39.
9. Сборник нормативных документов психофизиологической службы локомотивного хозяйства ОАО «РЖД». М. : Изд-во «ТЕХИНФОРМ», 2004. 125 с.
10. Сокольская М. В. Личностное здоровье профессионала : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.03. Хабаровск : Изд-во ДВГУПС, 2012. 500 с.

ПСИХОЛОГО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОЦЕССА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ

УДК 37.037.1

ФОРМИРОВАНИЕ Я-ФИЗИЧЕСКОГО В ПРОЦЕССЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ СТУДЕНТОК

О. Ю. Вербина, А. С. Зейнетдинов

Чувашский государственный педагогический университет
им. И. Я. Яковлева,
г. Чебоксары, Россия

Аннотация. В статье раскрываются сущность и содержание Я-физического в виде трех взаимосвязанных компонентов – познавательного, эмоционально-ценностного и поведенческого, выделяются критерии и показатели их развития, приводится и характеризуется комплекс педагогических условий формирования Я-физического у студенток в процессе физического воспитания. Приведенные в работе результаты двухгодичного формирующего педагогического эксперимента с участием контрольной (20 человек) и экспериментальной (19 человек) групп студенток свидетельствуют о высокой педагогической эффективности формирования Я-физического на основе реализации разработанного авторами комплекса педагогических условий.

Ключевые слова: студентки, Я-физическое, структурные компоненты, критерии и показатели развития, педагогические условия, физическое воспитание, педагогический эксперимент

Актуальность. В Законе Российской Федерации «Об образовании», определяющем политику государства в области образования, провозглашаются ее гуманистический характер, приоритет общечеловеческих ценностей, жизни и здоровья человека, свободного развития личности, целевая направленность на обеспечение самоопределения личности, создание условий для ее самореализации. Это предполагает целевую ориентацию физического воспитания на формирование личности, готовой к самоопределению, саморазвитию и самосовершенствованию в области физической культуры (Быховская, 1997; Вербина, 2008; Драндров, 2007; Лубышева, 1992 и др.).

Во все времена представления человека о самом себе (образ Я), о его соответствии или несоответствии эталонам - стереотипам, оказывало влияние на личность, на стиль поведения. Не составляет исключения и представления человека об особенностях развития Я-физического: физическом здоровье, физической работоспособности, особенностях телосложения, физических качествах (Жаров, 1998; Мдивани, 1991; Соколова, 1985; Уляева, 1999).

Для самостоятельного осуществления физкультурно-оздоровительной деятельности студенты должны иметь полные и точные представления о своей телесности, а также знать параметры Я-физического, которые отвечают социальным нормам или являются идеальными. Между тем вопросы формирования Я-физического в процессе занятий физической культурой и спортом являются на сегодняшний день мало исследованными. Необходимость разрешения противоречия между значимостью Я-физического как психического образа, побуждающего и направляющего личность к физическому самосовершенствованию и относительной неразработанностью сущности и содержания Я-физического, средств и методов его формирования в процессе физического воспитания студентов обуславливает актуальность нашего исследования

Цель исследования: выявить и научно обосновать педагогические условия формирования Я-физического в процессе физического воспитания студенток специальных медицинских групп.

Задачи исследования:

1. Раскрыть сущность и содержание Я-физического и определить на этой основе критерии и показатели его развития.
2. Выявить и экспериментально обосновать педагогические условия формирования Я-физического в физическом воспитании студенток специальных медицинских групп.

Результаты исследования. Движущей силой физического саморазвития личности выступают внутренние противоречия: 1) вызываемые непропорциональностью отдельных сторон личности; 2) между притязаниями и возможностями; 3) противоречия в психических формах отражения; 4) между природным и приобретенным в личности. Осознание и понимания сути этих противоречий предполагает высокий уровень самосознания личности, способности к самопознанию и адекватной самооценке.

Представленный в самосознании образ Я осознается и переживается как уникальная система представлений человека о самом себе, благодаря которой он становится активным субъектом, способным определять перспективы своего развития, пути и средства реализации личностных смыс-

лов, в том числе и в области физической культуры. Я-концепция представляет собой результат, итоговый продукт процессов самосознания. Она рассматривается как осознаваемый психический образ, включающая как собственно Я, так и отношения, в которые оно может вступить, а также позитивные и негативные ценности, связанные с воспринимаемыми качествами и отношениями «Я» в прошлом, настоящем и будущем. В Я-концепции выделяются три уровня: физический Я-образ (схема тела); социальная идентичность; дифференцирующий образ Я, придающий индивиду ощущение собственной уникальности, обеспечивающий потребности в самоопределении и самореализации.

Объектом *Я-физического* являются не только телесность, но и движения и двигательные действия. Представление о своем физическом облике является одной из главных составляющих Я-концепции каждого человека.

Отмечается высокая значимость эмоционально-ценностного отношения человека к своей телесной внешности в формировании образа Я.

В настоящее время наиболее распространенным является понимание образа тела (Я-физического) как сложного комплексного единства восприятий, установок, оценок, представлений, связанных и с телесной внешностью, и с функциями тела, в том числе и с физическими качествами.

Я-физическое как сложноорганизованный целостный психический образ включает в себя: 1) индивидуальный тип ощущения, восприятия и переживания тела; 2) представление о своих внешних данных и физических качествах; 3) установки на восприятие своего тела; 4) эмоционально-ценностное отношение к своему телу.

Формирование Я-физического осуществляется на сознательном и бессознательном уровнях под действием следующих факторов: 1) актуальное субъективное восприятие телесной внешности, так и способности к функционированию (самопознание); 2) интернализированные психологические факторы, являющиеся результатом обобщения собственного эмоционального опыта (самооценка); 3) социологические факторы, связанные с тем, как родители и общество реагируют на индивида (оценка социального окружения); 4) идеальный образ тела, заключающийся в установках по отношению к нему (культурные стереотипы и нормы).

Я-физическое - это реально существующий психический механизм развития человека, который на системном уровне отражает телесность и физические качества человека, оказывает определенное влияние на управление поведением и деятельностью человека, направляет процессы саморегуляции, саморазвития, самореализации.

Это определяет актуальность решения проблемы перехода от наблюдаемого в практике физического воспитания студентов стихийного развития Я-физического к управлению его формированием.

С учетом вышеизложенного Я-физическое определяется нами как комплекс установок, обуславливающих рациональное, эмоционально-ценностное и практически-действенное отношение человека к своему здоровью, функциональным возможностям организма, особенностям телосложения и физической подготовленности.

В содержании Я-физического с учетом качественного своеобразия выполняемых ими функций нами выделяются познавательный, эмоционально-ценностный и поведенческий компоненты. *Познавательный* компонент выполняет функцию отражения в сознании человека знаний и представлений об Я-физическом как отражаемом объекте. *Эмоционально-ценностный* компонент выполняет функцию рационального и эмоционального оценивания значимости Я-физического. *Поведенческий* компонент выполняет функцию реализации на практике личностно-значимых мотивов и целей в соответствующих поведенческих актах, направленных на развитие Я-физического.

Критериями развития познавательного компонента Я-физического являются знания человека о своем физическом здоровье, работоспособности, телосложении и физической подготовленности; эмоционально-ценностного компонента - эмоциональные (нравится – не нравится) и рациональные (годится – не годится) отношения к своему здоровью, физической работоспособности, телосложению и физической подготовленности; поведенческого компонента - здоровый образ жизни и физическая активность. С учетом содержания этих критериев нами выделены показатели, измерение и оценка которых позволяет определить уровень развития каждого критерия, каждого структурного компонента и Я-физического в целом.

Внутренней *движущей силой* развития Я-физического выступают осознаваемые и переживаемые человеком противоречия между реальным и идеальным Я-физическим. Необходимым внешним условием являются проблемные ситуации поведения и деятельности, в которых ярко и наиболее отчетливо проявляется несоответствие реального Я-физического требованиям, предъявляемым со стороны референтной для человека группы и общества в целом. Развитие реального Я-физического осуществляется благодаря развитию составляющих их компонентов. Внутренней движущей силой развития отдельных компонентов Я-физического выступают осознаваемые и переживаемые человеком противоречия, объективно су-

существующие между рациональным, эмоционально-ценностным и поведенческим компонентами.

К *объективным факторам* развития Я-физического нами относятся: 1) накопленный обществом опыт организации здорового образа жизни и занятий физической культурой; 2) существующие в обществе представления об идеальном Я-физическом, к *субъективным* - особенности развития характеристик Я-физического конкретной личности.

Развитие Я-физического осуществляется через взаимодействие объективных и субъективных факторов в процессе *поведения и деятельности*.

В традиционной практике физического воспитания студентов тестирование функциональных возможностей организма и уровня развития физических качеств осуществляется, как правило, преподавателем. Оценка состояния здоровья и особенностей телосложения не проводится. Поэтому *первым педагогическим условием* формирования Я-физического выступает вооружение студентов способами его самопознания.

Большинство студентов неадекватно оценивают свою телесность и реализуемые ею функции. Это говорит о том, что Я-физическое студентов как психический образ не соответствует реальным характеристикам отражаемого им объекта. Поэтому в качестве *второго педагогического условия* нами определено вооружение полными и точными знаниями о состоянии физического здоровья, физической работоспособности, особенностях телосложения и уровне развития физических качеств. Это осуществляется студентами самостоятельно на основе применения усвоенных способов самопознания Я-физического в начале и по окончании каждого учебного семестра.

Третьим педагогическим условием является формулирование с учетом противоречий между реальным и идеальным Я-физическим личностно-значимых целей занятий физическими упражнениями. Осознание и переживание студентами несоответствия своего Я-физического нормативным требованиям выступает в качестве движущей силы, побуждающей к активности, направленной на разрешение этого противоречия. Между тем в практике часто встречаются случаи, когда студенты знают, что их Я-физическое далеко не соответствует эталонным показателям, но это не приводит к эмоциональным переживаниям неудовлетворенности. Это достигается через неосознанное применение студентами приемов психической самозащиты: обесценивания или замещения. Известно, что цели побуждают и направляют человека к активности при условиях переживания их высокой личностной значимости и уверенности в том, что они могут быть достигнуты. Одной из крайних неадекватных форм вос-

прияття причин поведения является так называемая сформировавшаяся фатальная беспомощность. Поэтому для формирования у занимающихся способностей к целеобразованию, планированию своего поведения и самоанализу цели развития Я-физического как личностно-значимой применялись мотивационные тренинги причинных схем и личностной причинности.

Четвертым педагогическим условием являлось планирование и практическая реализация студентами требований здорового образа жизни.

Пятым условием являлось обеспечение соответствия содержания физического воспитания интересам и двигательным способностям студентов.

Выбор нами фитнеса как вида физкультурно-оздоровительной деятельности обусловлен, с одной стороны, объективно присущими ему особенностями, во-вторых, субъективно обусловленными особенностями мотивации студентов.

Шестым педагогическим условием являлась разработка и реализация личностно-ориентированных программ занятий фитнесом. В качестве *основных* целей, на достижении которых акцентировалось внимание студенток, были определены цели коррекции телосложения. Параметры цели определялись с учетом исходных показателей телосложения и характера отклонений студенток в состоянии физического здоровья. В качестве *второстепенных* целей были определены задачи развития остальных характеристик Я-физического. Благодаря эффекту широкого положительного переноса занятия фитнесом оказывали существенное влияние на положительные изменения не только в особенностях телосложения, но и в уровне физической работоспособности и физической подготовленности.

Седьмым педагогическим условием являлся оперативный контроль динамики развития Я-физического и коррекция личностно-ориентированных программ занятий фитнесом.

Для практического обоснования эффективности реализации выявленных нами педагогических условий формирования Я-физического в процессе физического воспитания студентов нами был проведен формирующий педагогический эксперимент с участием двух групп испытуемых: контрольной (20 человек) и экспериментальной (19 человек). Все испытуемые являлись студентками ЧГПУ им. И. Я. Яковлева и в начале педагогического эксперимента обучались на втором курсе.

Физическое воспитание студенток контрольной группы осуществлялось в рамках традиционных подходов к содержательному и технологическому обеспечению учебного процесса. Физическое воспитание

студенток экспериментальной группы осуществлялось на основе применения средств фитнеса с учетом педагогических условий формирования Я-физического.

У испытуемых обеих групп в начале и по окончании формирующего эксперимента определялись те же показатели Я-физического, что и у испытуемых, принимавших участие в констатирующем педагогическом эксперименте.

Установлено, что управление формированием Я-физическим в течении двух лет обучения в вузе на основе применения фитнеса с учетом выявленных нами педагогических условий приводит к существенному преимуществу испытуемых экспериментальной группы перед студентками контрольной в уровне развития Я-физического и его структурных компонентов: познавательного, эмоционально-ценностного и поведенческого.

Список литературы

1. Быховская И. М. «Человек телесный» в социокультурном пространстве и времени. М.: Физкультура, образование и наука, 1997. 209 с.
2. Вербина О. Ю., Драндров Г. Л., Суриков А. А. Применение личностно-ориентированного подхода в формировании физической культуры студенток специальных медицинских групп // Образование и саморазвитие. Казань: Изд-во «Центр инновационных технологий». 2008. № 1 (7). С. 153-160.
3. Драндров Г. Л., Порозов Д. Л. Формирование спортивной мотивации подростков на основе управления развитием самосознания. Чебоксары : Чуваш. гос. пед. ун-т им. И. Я. Яковлева, 2009. 119 с.
4. Драндров Г. Л., Кипасов Н. Н., Никоноров В. Т. Противоречия традиционной системы физического воспитания школьников // Образование и саморазвитие. 2007. Т. 1, № 3. С. 145-150.
5. Драндров Г. Л., Кузнецова З. М., Храмова Н. А. Формирование физического самоимиджа студентов в процессе физического воспитания: монография. Чебоксары, Чуваш. гос. пед. ун-т им. И. Я. Яковлева, 2009. 127 с.
6. Жаров Л. В. Человеческая телесность : философский анализ. Ростов на/Д.: Изд-во Ростовского ун-та, 1988. 128 с.
7. Лубышева Л. И. Теоретико-методологические и организационные основы формирования физической культуры студентов: дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.04. М., 1992. 476 с.
8. Мдивани М. О. Исследование структуры физического образа Я у школьников: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. М., 1991. 24 с.
9. Соколова Е. Т., Дорожевец А. Н. Исследования образа тела в зарубежной психологии. Вестник МГУ, Сер. 14. Психология. 1985. № 4. С. 39-49.
10. Уляева Л. Г. Динамика образа «Я» и мотивации в процессе занятий таэквон-до : дис. ... канд. псих. наук : 19.00.01. М., 1999. 116 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИЗНЕННЫХ ПЕРСПЕКТИВ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Ю. В. Живаева, Е. И. Стоянова

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

Аннотация. Впервые человек учится овладевать перспективами своей жизни в юношеском возрасте. Человек обобщает цели, которые перед собой ставит, подвергает иерархии мотивы деятельности, составляющие ядро ценностных ориентаций. В статье представлены результаты исследования жизненных перспектив в юношеском возрасте. Для изучения жизненных перспектив юношеского возраста использована батарея методик «Гармония», О.И. Мотковым. Показано, что большинство представителей юношеского возраста, которое составляет ровно половину выборки, имеет высокую активность в построении своей жизни, и уже сейчас осуществляет свои главные жизненные задачи.

Ключевые слова: жизненные перспективы, юношеский возраст, личностная биография, базовые стремления, образ жизни, жизненное предназначение.

Актуальность. Важность исследования планирования личностного времени обусловлена той возможностью, которую оно представляет для изучения личности в ее стремлении к саморазвитию, к движению, возможностью увидеть человека в будущем, близком или отдаленном, в его собственной оценке своего потенциала, оно открывает человека таким, каким он сам хочет себя видеть в будущем. Исследование жизненных перспектив личности дает возможность взглянуть на то, как отдельный человек представляет свое будущее, как оно связано с прошлым и настоящим, какое место занимает в субъективной картине жизненного пути личности, как регулирует поведение.

Постановка проблемы. В условиях ценностно-нормативной неопределенности, дезориентации относительно своих жизненных перспектив у юношей и девушек возникает множество личностных проблем, связанных с психологическими трудностями профессионального самоопределения. Все это, безусловно, оказывает существенное влияние на представления о будущем у юношей и девушек, на степень сформированности их жизненных планов, а, следовательно, и на актуальную личностную активность.

Как известно, без четко сформированных жизненных планов, перспектива личности утрачивает свою основную функцию - целенаправленную саморегуляцию поведения на основе предвидения отдаленных событий будущего.

В представлениях о будущем можно увидеть «потенциал личности», на основе изучения жизненных планов молодежи возможно прогнозирование развития общества. С другой стороны, сформированное представление о будущем может выступать критерием личностной и социальной зрелости. Впервые человек учится овладевать перспективами своей жизни в юношеском возрасте. Формирование жизненных планов - наиболее характерная черта юношества. Человек обобщает цели, которые перед собой ставит, подвергает иерархии мотивы деятельности, составляющие ядро ценностных ориентаций. Собственно жизненная перспектива не всегда открывается тому, кто обладает психологической перспективой, т. е. способен предвидеть будущее, и даже не тому, кто обладает личностной перспективой, личностными возможностями, потенциалом, зрелостью. Жизненная перспектива включает совокупность обстоятельств и условий жизни, которые при прочих равных условиях создают личности возможность для оптимального жизненного продвижения.

Она создается предшествующей жизнью, когда уже достигнутая личностная жизненная позиция дает личности потенциал, приоритеты, которые гарантируют успешное будущее. Последняя перспектива может быть объяснена в категориях «уровня», достигнутого к настоящему моменту, который тем самым обеспечивает успешность в будущем. Жизненная перспектива, по-видимому, это реальный жизненный потенциал личности, заложенный ее прошлым опытом, уровнем ее развития, ее наличными способностями, что и составляет реальную движущую силу, гарантируя успешность ее будущего.

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. Совокупность таких отношений называется жизненной позицией, которая целостным образом определяет будущее личности. Под жизненной позицией подразумевается полученное человеком образование, уровень профессионализма, социальное положение и ряд других приоритетных социальных позиций, а также его личностные достижения, прежде всего личностную зрелость, богатство освоенных жизненных отношений.

Исследование было организовано и проведено на выборке старшеклассников МОУ Лицей №6 «Перспектива», г. Красноярск. Количество выборки - 70 человек.

Для изучения жизненных перспектив юношеского возраста мы использовали следующие методики: батарея методик «Гармония», разработанная кандидатом психологических наук, старшим научным сотрудником Института психологии имени Л.С. Выготского О.И. Мотковым.

Пакет методик «Гармония» включает в себя 4 методики, такие как «Личностная биография», «Базовые стремления», «Образ жизни» и «Жизненное предназначение».

По мнению О.И. Моткова, гармоничность процесса жизни человека может быть рассмотрена в нескольких аспектах, одним из которых является развитие психологической культуры личности, т.е. эффективность осуществления основных видов функционирования личности, таких как самопознание и самоопределение, общение, саморегуляция эмоций и действий, творчество, ведение дел, саморазвитие в основных сферах жизнедеятельности. Оптимальные уровни выраженности этих аспектов личностной активности будут говорить о высокой психологической культуре личности.

На наш взгляд, исследуемые вышеперечисленные показатели (самоопределение, ведение дел, саморазвитие и другие) помогут достаточно полно описать жизненные перспективы юношества.

Анализируя приведенные результаты по методике «Жизненное предназначение», можно сделать следующие выводы:

Рассматривая жизненную ориентацию «Исполнитель – Творец», мы видим, что большинство старшеклассников имеют низкий и средний уровень выраженности по шкале «Исполнитель», 43% и 44% соответственно. Для них не является приоритетной работа с четкими, подробными инструкциями, по старому, хорошо известному способу, в отличие от 10% испытуемых, которые имеют высокие показатели. Для большинства учащихся также характерны низкие показатели по шкале «Творец», высокие и средние значения распределились приблизительно у одинакового процента испытуемых, 23% и 27% соответственно. Для 23% респондентов характерно высокое стремление реализовать себя в творческой деятельности, устроиться на работу, в которой имеется широкий простор для творчества. В отличие от них 27% юношества предпочитают сочетать в своей жизни и творческую и исполнительскую деятельность, а большинство не склонны творить что-то новое.

Определив преобладающую шкалу в диаде «Исполнитель – Творец», мы получили следующее распределение: у 40% респондентов преоблада-

ющая ориентация в жизни на исполнение заданных стандартов, а у 44% преобладающее стремление к творческой деятельности, созданию новых стандартов.

Анализируя жизненную ориентацию «Руководитель – Подчиненный», мы определили, что преобладающей в этой диаде является шкала «Руководитель» для 60% учащихся, а шкала «Подчиненный» для 23% учащихся. При этом, большинство респондентов – 44% занимают среднюю позицию по шкале «Руководитель», что характеризует их как личностей, которые в зависимости от ситуации могут проявлять свои лидерские способности. Приблизительно такой же процент испытуемых – 31% занимает среднюю позицию по шкале «Подчиненный», следовательно, они склонны выбирать то роль подчиненного, то роль руководителя.

Особое внимание следует обратить на 20% респондентов, имеющих псевдовысокий уровень по шкале «Руководитель» - это может свидетельствовать о завышенной самооценке, высоких амбициях, что создает состояние потенциальной неустойчивости в стрессогенных ситуациях.

Ярко выраженные качества руководителя присущи 13% старшеклассников, у которых жизненные силы направлены на то, чтобы руководить, контролировать людей, а для 3% респондентов характерны такие качества как исполнительность, подчиняемость, так как у них высокие показатели по шкале «Подчиненный».

Как мы видим, в основном большинство старшеклассников не желают подчиняться и исполнять чью – либо волю (62% респондентов имеют низкий показатель по шкале «Подчиненный»), в основном юношество занимает среднюю позицию в вопросе руководства и подчинения, ориентируясь на обстоятельства, которые требуют соответствующей роли.

Говоря о такой жизненной ориентации как «Поддержка других – Поддержка себя», следует обратить внимание на распределение результатов по шкалам, они практически одинаковы.

Большинство молодых людей имеют средний уровень как по шкале «Поддержка других», так и по шкале «Поддержка себя», 37% и 43% респондентов соответственно. Главными задачами жизни для таковых выступают в равной степени и забота о себе, своем благосостоянии, и также помощь другим людям, забота о своих родных. Для 17% учащихся на первом месте стоит удовлетворение своих потребностей и получение удовольствия, они имеют высокий уровень по шкале «Поддержка себя», такой же процент испытуемых на первое место ставит в своей жизни помощь другим людям и удовлетворение потребностей своих близких, любимых людей. Для 33% старшеклассников участие в нуждах других

людей, в том числе родных не представляет ценности, ради которой необходимо тратить собственные ресурсы. А для 31% испытуемых забота об удовлетворении своих потребностей, интересов не является жизненной задачей. Лица, имеющие псевдовысокий уровень по шкалам не реалистичны в оценке собственных возможностей, для них характерны преувеличение и идеализация либо собственных желаний и потребностей, либо желаний и потребностей других людей, в зависимости от того, по какой из двух шкал они имеют псевдовысокие показатели.

Результаты по жизненной ориентации «Ситуативная – Духовная» свидетельствуют о том, что преобладающей для старшеклассников чаще является ситуативная ориентация. Это означает, что юноши чаще всего ориентируются на решение повседневных, бытовых задач, чем на решение глобальных общечеловеческих проблем.

Для большинства молодых людей – 46% размышления над глобальными общечеловеческими ценностями и проблемами не имеют места в их жизненных перспективах. Из данных можно почерпнуть информацию о том, что 30% современных старшеклассников в построении своей жизненной перспективы опираются на решение только повседневных суетных задач, то есть на решение бытовых, учебных и других текущих вопросов. Только 13% учащихся задумываются о дальнейшем развитии человечества, в которое они включены как неотъемлемая его частица, соответственно, планируя свою собственную жизнь с учетом всех обстоятельств и современных мировых проблем. Почти половина испытуемых – 49% по шкале «Ситуативная ориентация» и 40% по шкале «Духовная ориентация» находятся на среднем уровне и значит, ориентированы на решение как повседневных, так и глобальных проблем.

Большинство представителей юношеского возраста, которое составляет ровно половину выборки имеет высокую активность в построении своей жизни, и уже сейчас осуществляет свои главные жизненные задачи. 17% респондентов планируют осуществление своих планов в будущем, а 33% отчасти реализуют свои жизненные цели.

Мы определили также показатель осознанности жизненных предназначений, высокая выраженность которого у 22% учащихся свидетельствует о наличии у данных лиц потенциально гармоничных внутренних условий для реализации предназначений, в отличие от 24% старшеклассников, имеющих низкий уровень по данному показателю. Всё же большинство – 44% старшеклассников имеют среднюю выраженность данного показателя, что дает основание полагать о необходимости развития благоприятных внутренних факторов для реализации жизненных предназначений,

таких как внутренний локус контроля, высокая осознанность жизненных предназначений, разнонаправленность личности, вера в осуществимость своих жизненных планов.

Большая часть выборки – 70% не знают своего жизненного предназначения, не определились со своими жизненными планами и перспективами. У остальных старшеклассников ведущей выступает ситуативная ориентация, так как создание семьи и наличие хорошей работы имеют более высокий процент, чем помощь другим людям, открытие нового и другое.

Результаты, полученные по методике «Базовые стремления», можно интерпретировать следующим образом. Уровень гармоничности силы позитивно выраженных базовых стремлений личности (Гсбс), для большинства старшеклассников является средним. Это указывает на то, что жизнеутверждающие тенденции молодых людей выражены со средней силой. К таким, потенциально продуктивным с точки зрения обеспечения психического, физического и духовного здоровья, стремлениям относятся: желание жить и продолжать жизнь, стремление к высокой самооценке и уверенности в себе, стремление к личностной свободе и самостоятельности, а также тенденция к саморазвитию.

У 17% старшеклассников положительные побуждения личности имеют низкие значения, что позволяет строить предположение о наличии у респондентов потенциально дезадаптирующих, жизнеподавляющих тенденций, которые выражаются в стремлении к саморазрушению, склонности к неуверенности в себе, стремлении к зависимости, преимущественной опоре на других, а также в стремлении к стереотипному функционированию. Для 14% представителей юношеского возраста присущи очень сильные стремления жить и продолжать жизнь, тенденции к силе своей личности, опора преимущественно на себя, стремления к развитию и самореализации.

В ходе исследования мы определили также уровень реализации позитивно выраженных базовых стремлений личности (Грбс): большая часть выборки – 52% имеет среднюю степень реализации жизнеутверждающих стремлений в своем поведении. Следовательно, в своей жизни испытуемые не во всей полноте осуществляют свои положительные побуждения личности. В отличие от них 16% старшеклассников активно реализуют свои жизнеутверждающие тенденции: они имеют высокую самооценку и уверены в своих силах; удовлетворяют свои жизненные потребности в еде, сне, отдыхе, безопасности; самостоятельны и независимы в своих суждениях, развиваются как личности. Напротив, 26% учащихся имеют низкую самооценку, почти всегда состояние неуверенности; у них пре-

обладает состояние апатии; в жизни, как правило, больше опираются на других людей, чем на себя; обычно ведут себя одним и тем же привычным образом, отказываясь от новых целей и видов деятельности. Для 6% выборки, имеющих псевдовысокий уровень реализации всех позитивно выраженных базовых побуждений характерны завышенная самооценка и низкий уровень противоречивости и проблемности.

Анализируя полученные результаты по методике «Образ жизни», можно описать исследуемую выборку по двум шкалам (показателям Ги и Гз), ответы испытуемых по которым распределились следующим образом: для большинства старшеклассников выраженность интересов к адаптивно необходимым занятиям (Ги) и выраженность осуществления адаптивно необходимых занятий (Гз) находятся на среднем уровне. Данный уровень показывает некое усредненное отношение ко всем видам интересов и занятий, а также средние затраты времени на соответствующие занятия. Школьники проявляют интерес к занятиям, требующим физических нагрузок, умственного труда, творческой работы, общения с лицами своего и противоположного пола, обращаются к вечным темам жизни, а также стараются эти интересы реализовывать в жизни.

Респонденты, имеющие высокие показатели, а их количество составляет 11% по шкале Ги и 14% по шкале Гз, характеризуются как личности, обладающие устойчивой системой адаптивно необходимых интересов и видов жизненного функционирования, которая включает умственные интересы, ситуативные дела, занятия, связанные с физическими нагрузками, занятия, связанные с природной средой, интересы к вечным темам жизни и другие. Они ведут активный образ жизни, уделяя очень много времени на привлекающие их занятия и дела, тем самым развивая себя многосторонне.

В не очень благоприятной ситуации находятся лица с низкими показателями по данной методике. Система интересов 20% испытуемых характеризуется бедностью, стереотипностью, возможно наличие дезадаптивных интересов, которые препятствуют оптимально организовать свой процесс жизнедеятельности. Еще больший процент (27% по шкале Гз) составляют старшеклассники, имеющие низкую выраженность осуществления адаптивно необходимых занятий. Данная категория учащихся либо тратит мало, либо совсем не тратит времени на осуществление своих интересов. Между силой интереса и его осуществлением возникает противоречие, что указывает на внутреннюю дисгармонию личности. Мы выделили, что наиболее противоречивыми для старшеклассников стали: интерес к общению с противоположным полом, занятия, связанные с фи-

зическими нагрузками, занятия, связанные с природной средой, интерес к общению с лицами своего пола, интерес и обращение к вечным темам жизни, таким как смысл жизни, любовь, Бог.

По методике «Личностная биография» нами были выявлены следующие тенденции среди юношеского возраста. Во-первых, по шкале ЖСО большинство учащихся – 36% имеют низкий показатель. Это означает, что для большинства старшеклассников характерна неопределенность, они не могут ясно сформулировать интересы и увлечения ближайшего года своей жизни, не могут уверенно определить кем и каким хотели бы стать, ясно определить свои жизненные задачи и планы, смысл своей жизни. Напротив, 29% старшеклассников имеют четкое понимание смысла своей жизни, достаточно ясно определили ближайшие и дальние жизненные задачи и планы, могут сказать, в чем состоит их жизненное предназначение. Еще 1/3 часть юношеского возраста (34% выборки) находится на пути к самоопределению, они занимают промежуточную позицию, так как имеют уже обозначенные цели и задачи для своей жизни, но не во всех сферах своей жизнедеятельности есть четко осознаваемые перспективы развития.

Во-вторых, по шкале ЖСР почти 1/2 часть школьников занимают среднюю позицию по жизненной самореализации. На осуществление главных жизненных целей в прошлом и настоящем затраты времени и сил составляют средний процент от общих усилий. По сравнению со средним представителем их возраста уровень достижений и успехов одинаков. Для того чтобы прожить желаемое число лет, старшеклассники не прикладывают каких – либо особых усилий и стараний. Несколько меньшее число респондентов – 29% очень стремительны в осуществлении своих главных жизненных планов, как в прошлом, так и в настоящем и будущем. Они становятся разумнее, мудрее, эмоционально уравновешеннее, терпимее к людям, умереннее и реалистичнее в желаниях. По сравнению со средним представителем их возраста, учащиеся обладают достаточно высоким уровнем жизненных успехов и достижений. В менее благоприятном положении находятся лица, имеющие низкий и псевдовысокий уровень жизненной самореализации. 21% старшеклассников не предпринимает никаких усилий для реализации главных жизненных задач и планов, не проявляют никаких волевых усилий как в прошлом, так и в настоящем. 3% испытуемых с псевдовысоким уровнем обладают завышенной самооценкой, что делает их уязвимыми к жизненным неудачам.

В-третьих, по шкале ТЛ, большая часть старшеклассников имеет высокую трансформацию личности – 41%. Это означает, что респон-

денты работают над своей личностью, постоянно изменяются, развиваются, размышляют над духовными, вечными вопросами, стремятся прожить как можно большее число лет, переживают радость, счастье, восторг, спокойное и приятное состояние от прожитого времени. Почти такая же часть школьников – 39% находятся на среднем уровне саморазвития. Их личностные качества претерпевают изменения, но таковой процесс длится очень медленно, в их перспективе прожить среднее количество лет, не вкладывая значительных усилий на реализацию главных жизненных целей. Остальные 20% испытуемых вообще не стремятся к собственному развитию, не могут указать события, людей, которые повлияли на развитие их личности, они предпочитают оставаться такими же, следуют выработанным стереотипам поведения. Эмоциональный тон переживаний таких учащихся в основном сочетает в себе чувство тоски, уныния, страха, раздражительности и гнева. Прожить они не стремятся очень долго, выбирая менее 50-60 лет, достаточных для жизни.

В-четвертых, по шкале ГЛ, ровно половина всех старшеклассников имеют средний уровень гармоничности личности и жизни. Они частично удовлетворены своими отношениями с друзьями, родными, одноклассниками, а также всей жизнью в целом. Преобладающее состояние здоровья у таких людей хорошее, эмоционально они переживают то жизнерадостное, то унылое состояние. Высокий результат, присущий 24% респондентов интегрирует в себе следующие аспекты: достаточно частое ощущение полноты и гармоничности своей жизни; хорошее самочувствие (здоровье) в течение года; здоровый и разнообразный образ жизни; малое число внутренних противоречий в личности и обстоятельствах, мешающих переживать внутреннюю гармонию; преимущественно положительный эмоциональный тонус; чувство единства со всеми сферами своей жизни, с людьми и миром в целом; высокая удовлетворенность отношениями в семье, с друзьями, в группе и жизнью в целом; положительная оценка изменений в личности с возрастом; наличие размышлений над «вечными» вопросами; прикладывание значительных усилий, чтобы активно и конструктивно прожить желаемое число лет. Для 26% испытуемых, имеющих низкий уровень по показателю ГЛ, характерно отсутствие удовлетворенности в аспектах жизнедеятельности, а также своей жизнью в целом. Каких-либо изменений в своей личности они не наблюдают, и не желают ничего менять. Эмоциональный фон переживаний таких лиц чаще всего включает состояние тревоги и апатии, они не прикладывают никаких усилий, чтобы прожить желаемое число лет.

В-пятых, по шкале ОКЛ, 44% юношеского возраста имеют средний уровень. Общая конструктивность личности у данных лиц включает в себя среднюю оптимальность организации и протекания жизненного процесса, и соответствующий уровень общей результативности жизни, жизненной самореализации личности. У 29% респондентов очень низкий уровень организации собственной жизнедеятельности, они испытывают постоянные противоречия в своей личности, следуют привычным стереотипом поведения, испытывают неудовлетворение в отношениях с близкими и друзьями, при этом не предпринимают никаких усилий для изменения своей жизни, для реализации основных жизненных планов. Такое положение негативно сказывается на весь организм в целом, как на физическом самочувствии, так и на психологическом здоровье личности. У 27% выборки, напротив очень высокий уровень конструктивности личности. Юноши умеют планировать свою жизнь, реалистичны в своих желаниях, испытывают чувство единства со всеми сферами своей жизни, знают пути и способы достижения поставленных целей, имеют достаточно достижений и успехов, по сравнению со сверстниками.

Таким образом, на основе анализа проведенных методик, мы можем обозначить общие тенденции содержания жизненных перспектив личности старшеклассников. Для большинства старшеклассников характерна неопределенность, они не могут ясно и четко сформулировать интересы и увлечения ближайшего года своей жизни, не могут уверенно определить кем и каким хотели бы стать, ясно определить свои жизненные задачи и планы, смысл своей жизни. Школьники проявляют интерес к занятиям, требующим физических нагрузок, умственного труда, творческой работы, общения с лицами своего и противоположного пола, обращаются к вечным темам жизни, а также стараются эти интересы реализовывать в жизни. Жизнеутверждающие тенденции молодых людей выражены со средней силой. К таким, потенциально продуктивным с точки зрения обеспечения психического, физического и духовного здоровья, стремлениям относятся: желание жить и продолжать жизнь, стремление к высокой самооценке и уверенности в себе, стремление к личностной свободе и самостоятельности, а также тенденция к саморазвитию.

Для старшеклассников не является приоритетной работа с четкими, подробными инструкциями, по старому, хорошо известному способу, но при этом они в равном количественном соотношении ориентированы как на исполнение заданных стандартов, так и на стремление к творческой деятельности, созданию новых стандартов. Большинство старшеклассников не желают подчиняться и исполнять чью – либо волю, в основном юно-

шество занимает среднюю позицию в вопросе руководства и подчинения, ориентируясь на обстоятельства, которые требуют соответствующей роли. Главными задачами жизни для юношеского возраста выступают в равной степени и забота о себе, своем благосостоянии, и также помощь другим людям, забота о своих родных. Юноши чаще всего ориентируются на решение повседневных, бытовых задач, чем на решение глобальных общечеловеческих проблем. Создание семьи и наличие хорошей работы как жизненные задачи имеют более высокий процент, чем помощь другим людям, открытие нового и другое.

Большинство представителей юношеского возраста, которое составляет ровно половину выборки, имеет высокую активность в построении своей жизни, и уже сейчас осуществляет свои главные жизненные задачи, но в своей жизни испытываемые не во всей полноте осуществляют положительные побуждения личности. На осуществление главных жизненных целей в прошлом и настоящем затраты времени и сил составляют средний процент от общих усилий. По сравнению со средним представителем их возраста уровень достижений и успехов одинаков. Для того чтобы прожить желаемое число лет, старшеклассники не прикладывают каких – либо особых усилий и стараний.

Исследование также показало, что респонденты работают над своей личностью, постоянно изменяются, развиваются, размышляют над духовными, вечными вопросами, стремятся прожить как можно большее число лет, переживают радость, счастье, восторг, спокойное и приятное состояние от прожитого времени.

Таким образом, для современных старшеклассников характерна средняя оптимальность организации и протекания своего жизненного процесса, и соответствующий уровень общей результативности жизни, жизненной самореализации личности.

Список литературы

1. Абульханова К. А., Березина Т. Н. Время личности и время жизни. СПб.: Алетея, 2001. 299 с.
2. Гилёва И. О. Психология профессиональной деятельности : учеб. пособие. Красноярск, 2003. 103 с.
3. Карпинский К. В. Психология жизненного пути личности : учеб. пособие / под общ. ред. К. В. Карпинского. Гродно: ГрГУ, 2002. 167 с.
4. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего / под общ. ред. Д. А. Леонтьева. М.: Смысл, 2004. 608 с.
5. Мотков О. И. Методика «Базовые стремления» // Школьный психолог. 1998. № 35. С. 8-9.

6. Мотков о. и. В гармонии с собой и миром // Школьный психолог. 1998. № 22. С. 8-9.

7. Мотков О. И. Методика «Жизненное предназначение» // Школьный психолог. 1998. № 36. С. 8-9.

8. Мотков О. И. Методика «Личностная биография» // Школьный психолог. 1998. № 38. С. 8-9.

УДК 159.907:[376.3 + 378.1:376.3]

ПРОЕКТ МОДЕЛИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СТУДЕНТОВ-ИНВАЛИДОВ И СТУДЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В КРАСГМУ ИМ. ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО

^{1,2} О.А. Козырева

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

² Красноярский государственный педагогический университет
им. В.П. Астафьева, г. Красноярск, Россия

Аннотация. Целью статьи является представление проекта модели инклюзивного образования студентов-инвалидов и студентов с ограниченными возможностями здоровья в КрасГМУ им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого.

Проблема профессионального становления и трудоустройства лиц с ограниченными возможностями здоровья в условиях современной России остается очень острой. Направленность государственной политики на обеспечение качественного профессионального образования и трудоустройства лиц указанной категории обостряет вопрос о необходимости организации инклюзивного образования в высших учебных заведениях.

Новизна проблемы образовательной инклюзии в российской высшей школе побуждает с особым вниманием относиться к реализации неизбежных особенностей реализации образовательного процесса в университете для этой категории обучающихся. Научная новизна состоит в разработке проекта модели инклюзивного образования студентов-инвалидов и студентов с ограниченными возможностями здоровья в университете.

Предлагаемая модель инклюзивного образования студентов-инвалидов и студентов с ОВЗ позволяет в образовательном пространстве университета

сформулировать необходимые организационно-педагогические условия ее реализации, определить вариативные возможности разработанной модели.

Ключевые слова: студенты-инвалиды, студенты с ограниченными возможностями здоровья, инклюзивное образование, модель инклюзивного образования.

Актуальность. Право на образование - важнейшее социально-культурное право человека, закрепленное и гарантированное, прежде всего, Конституцией РФ, а также иными нормативными правовыми актами. Реализация права на образование является предпосылкой успешной социализации человека. Получение качественного высшего образования - гарантия дальнейшего трудоустройства, участия в политической жизни общества, реализации личных, экономических и иных прав. Одним из вариантов решения этой проблемы является развитие в России института инклюзивного образования.

Постановка проблемы. Под инклюзивным образованием понимается полное вовлечение студента с особыми образовательными потребностями в жизнь вуза. Посредством обеспечения студентам-инвалидам и студентам с ОВЗ специальных условий для получения высшего образования, развития и социальной адаптации, не снижающих в целом уровень образования для студентов, не имеющих таковых ограничений.

Инклюзивная форма обучения касается всех субъектов образовательного процесса: студентов-инвалидов и студентов с ОВЗ, их родителей, типично развивающихся студентов и членов их семей, ППС и других специалистов образовательного пространства, администрации вуза.

Инклюзия – это одна из последних стратегий специального образования. Она означает полное вовлечение обучающегося с особыми образовательными потребностями в жизнь образовательной организации. Это процесс, имеющий целью принимать во внимание и удовлетворять разнообразные потребности обучающихся через расширение участия в обучении, в культурной и общественной жизни и уменьшение числа тех, кто исключен из процесса образования, или тех, кто охвачен образовательным процессом, но не включен в него (Barton, 1997; Boot&Ainscow, 2004; Booth, 1996).

Российское законодательство, в развитие основополагающих международных документов в области образования, предусматривает принцип равных прав на образование для всех категорий граждан, независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, места жительства,

отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным организациям (объединениям), возраста, состояния здоровья.

На сегодняшний день инклюзивное образование на территории РФ регулируется Конституцией РФ, федеральным законом «Об образовании», федеральным законом «О социальной защите инвалидов в РФ», а также Конвенцией о правах ребенка и Протоколом №1 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод.

В 2008 году Россия подписала Конвенцию ООН «О правах инвалидов». В статье двадцать четвертой Конвенции говорится том, что в целях реализации права на образование государства-участники должны обеспечить инклюзивное образование на всех уровнях и обучение в течение всей жизни человека.

Обеспечение реализации права на образование студентов – инвалидов и студентов с ОВЗ рассматривается как одна из важнейших задач государственной политики не только в области образования, но и в области социально-экономического развития Российской Федерации.

Понятийное содержание инклюзивного образования на западе опирается на такую дефиницию, как индекс инклюзии, который основывается на четкой фиксированности разнообразных составляющих включающей образовательной среды (Мельник, 2012).

Индекс инклюзии дает возможность проанализировать эффективность процесса организации инклюзивного обучения и на основе полученных данных разработать более эффективные модели инклюзивного обучения в конкретном образовательном учреждении.

Индекс инклюзии разработан такими западными исследователями, как Т. Бут, М. Эйнскоу и А. Дайзон (Ainscow M., 1999, 2006; Booth, T., 2002).

Компоненты индекса инклюзии выступают основными организационно-педагогическими условиями успешного включения студента-инвалида и студента с ОВЗ в инклюзивную образовательную среду вуза.

Остановимся подробнее на изучении структурных элементов индекса инклюзии (Мельник, 2012):

1. Равная оценка всех обучающихся образовательной организации.
2. Расширение участия всех студентов в жизни инклюзивного молодежного сообщества и снижение случаев их исключения из культурной атмосферы вузы.
3. Модификация восприятия нетипичности при создании включающей образовательной среды.
4. Уменьшение барьеров в обучении и участии студентов-инвалидов и студентов с ОВЗ в жизни студенческого коллектива.

5. Обучение всех студентов стратегиям эффективного преодоления барьеров, которые в силу различных причин еще не устранены.

6. Понимание различий между студентами как естественного механизма существования человеческого разнообразия, а не как трудность, сдерживающую нормальный социально-академический процесс.

7. Расширение знаний студентов-инвалидов и студентов с ОВЗ о приращении им праве получения качественного образования.

8. Улучшение качественного функционирования общей школьной системы как для учащихся, так и для учителей инклюзивного образования.

9. Увеличение роли вуза в развитии социального партнерства.

10. Взаимосвязь между социальными навыками жизнедеятельности, полученными в вузе, и окружающей действительностью.

11. Осознание факта инклюзивного образования только как одной из составляющих при создании комплексного механизма включенности в социум.

По мнению Ю.В. Мельник, в российской образовательной практике на сегодняшний день отсутствует четко разработанный индекс инклюзии. Как специально отмечает автор, исследователями данного вопроса и специалистами в области инклюзивного образования затрагивают лишь отдельные его элементы, которые своим содержанием приближены к западным представлениям о составляющих включающего типа обучения (Козырева, 2015; Мельник, 2012).

Речь идет о разработках таких ученых, как С.В. Алехина, Д.В. Ермолаева, И.Ю. Захарова, Н.Н. Малофеев, Т.В. Фурьева, А.Я. Чигрина, Н.Д. Шматко, А.М. Щербакова и др.

Изучая и анализируя содержание инклюзивного образования, данные исследователи указывают на безусловную необходимость модификации среды. Модифицированная образовательная среда носит название инклюзивной.

Осуществив глубокий компаративный анализ индекса инклюзии на Западе и в России формулируется единая общая линия – нацеленность на среду как базовую диспозицию успешной реализации инклюзивных стратегий обучения (Мельник, 2012).

Опираясь на разработанные Ю.В. Мельник центральные элементы индекса инклюзии, мы разработали рабочую модель инклюзивного образования студентов-инвалидов и студентов с ОВЗ в условиях вуза.

Рабочая модель организации инклюзивного образования студентов-инвалидов и студентов с ОВЗ в условиях университета

Цель: научно-методологическое и организационно-методическое обеспечение развития инклюзивного образования студентов с инвалидностью и ОВЗ.

Организация инклюзивного образования направлена на решение следующих задач:

Разработка механизмов и создание организационной структуры управления процессом инклюзивного образования в университете. Введения в штат структуры, обеспечивающей обучение инвалидов (Центр инклюзивного образования).

Создание информационного пространства для реализации инклюзивной политики в отношении инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Выявление образовательных потребностей студентов-инвалидов и студентов с ОВЗ.

Создание эффективной системы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения студентов-инвалидов и студентов с ОВЗ.

Освоение студентами-инвалидами и студентами с ОВЗ адаптированных образовательных программ в соответствии с ФГОС.

Формирование у всех участников образовательного процесса толерантного отношения к проблемам студентов-инвалидов и студентов с ОВЗ.

Разработка и внедрение системы материально-технического оснащения.

Разработка и внедрение системы научно-методического обеспечения инклюзивного образования.

Формирование инклюзивной готовности и инклюзивной компетентности ППС.

Обучение студентов-инвалидов и студентов с ОВЗ в вузе организуется в форме инклюзивного обучения независимо от вида ограничений здоровья, посредством совместного обучения со студентами, не имеющих таких ограничений.

II. Ресурсы, имеющиеся в вузе в начале перехода к инклюзивному образованию (краткая характеристика)

- 2.1. кадровые;
- 2.2. материально-технические;
- 2.3. нормативные;
- 2.4. учебно-методические;
- 2.5. медико-психолого-педагогические;
- 2.6. воспитательные;
- 2.7. социальные.

III. Ожидаемые результаты

По отношению к студентам-инвалидам и студентам с ОВЗ:

- получить высшее образование; чувствовать себя личностью в обществе сверстников; считать себя полноценными членами общества; адаптироваться и социализироваться в обществе.

Ожидаемый результат содержательной области образования студента-инвалида и студента с ОВЗ в вузе заключен в ряде критериев: знания и умения на данной ступени образования; применение их на практике; усвоение разделов адаптированной образовательной программы; анализ поведения и динамики развития; индивидуальный профиль развития жизненной компетенции.

По отношению к другим участникам образовательного процесса – сформировать представление о современном вузе как о «вузе для разных студентов». Формирование и развитие инклюзивной культуры.

По отношению к ППС – формирование инклюзивной готовности, инклюзивной компетентности.

По отношению к университету – создание инклюзивной образовательной среды (ИОС). ИОС реализует обеспечение равного доступа к получению образования и создание необходимых условий для достижения адаптации всеми без исключения студентами независимо от их индивидуальных особенностей, психических и физических возможностей, особенностей развития и здоровья.

IV. Базовые условия, необходимые для эффективного решения задач построения инклюзивной образовательной среды вуза:

- Принятие философии инклюзии.
- Наличие соответствующих методических разработок и рекомендаций, основанных на компетентностно-деятельностном подходе для студентов с разным стартовым уровнем.
- Наличие адаптированных образовательных программ.
- Наличие УМКД.
- Повышение квалификации и формирование инклюзивной готовности, инклюзивной компетентности.
- Организация эффективной деятельности службы комплексного медико-социального и психолого-педагогического сопровождения.
- Архитектурные преобразования, включая безбарьерную среду.
- Адекватное финансирование.

Предлагаемая модель инклюзивного образования студентов-инвалидов и студентов с ОВЗ позволяет в образовательном пространстве университета сформулировать необходимые организационно-педагогические условия ее реализации, определить вариативные возможности разработанной модели.

Данная модель позволяет наполнить новым содержанием существующие модели организации процесса обучения студентов-инвалидов и студентов с ОВЗ и является альтернативной.

Список литературы

1. Козырева О. А. Инклюзивное образование: от теоретической модели к практике реализации // Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева. 2015. № 2. С. 10-16.
2. Козырева О. А. Создание инклюзивной образовательной среды как социально-педагогическая проблема // Вестник ТГПУ. 2014. № 1 (142). С.112–115.
3. Козырева О. А. Теоретико-методологические подходы к разработке концепции инклюзивного образования // Alma mater. 2015. № 8. С. 2-15.
4. Мельник Ю. В. Рефлексия индекса инклюзивного образования нетипичных детей в западной и отечественной педагогике: сравнительный // Известия Южного федерального университета. 2012. № 4. С. 221-226.
5. Ainscow M. Understanding the development of inclusive schools // Falmer Press. 1999. Vol.10, № 4. P. 5.
6. Ainscow M., Booth T., Dyson A. Improving schools, developing inclusion // Routledge. 2006. Vol. 2, № 15. P. 7.

УДК 159.9.07

ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКОГО ВОСПРИЯТИЯ НА СОЦИАЛИЗАЦИЮ ДОШКОЛЬНИКОВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ АУТИЗМА

Т.В. Черникова, В.И. Морозова

Волгоградский государственный социально-педагогический университет,
г. Волгоград, Россия

Аннотация. Авторами проведен систематический анализ теоретико-методической литературы последних лет, и выделены наиболее часто встречающиеся трудности семейной социализации ребенка с аутизмом. Целью работы является определение рассогласования родительских чувств, позиций и методов воспитания по отношению к ребенку с расстройствами аутистического спектра. Углубленная диагностика показала, что примерно в двух случаях из трех разочарование от несоответствия собственным ожиданиям может приобретать у родителей формы дистанцирования и даже явного отвержения аутичного ребенка.

Ключевые слова: социализация лиц с ОВЗ, расстройства аутистического спектра, детско-родительские отношения, инклюзивное образование.

Актуальность. Всестороннее развитие детской личности требует единства, согласованности всей системы воспитательно-образовательных воздействий взрослых на ребенка. Роль семьи в создании такой согласованности трудно переоценить. *Семья как первый институт социализации* имеет решающее влияние на развитие основных черт личности ребенка, на формирование у него нравственно-положительного потенциала. Одной из важнейших функций семьи является обеспечение взаимодействия личности и общества, семья активно участвует в формировании ценностных ориентаций и поведения своих членов, является важным средством воспитания и сферой формирования духовно-нравственных основ подрастающего поколения. В семье совершается процесс становления личности человека, закладываются базисные основы, оттачиваются грани личности через ее приобщение к духовным ценностям. Здесь ребенок включается в общественную жизнь, усваивает необходимые нормы поведения, способы мышления, язык. Процесс социализации осуществляется на протяжении всей жизни человека в деятельности, в общении и самосознании (Патрушева, 2014).

Постановка проблемы. Особенности психофизического развития детей с ограниченными возможностями здоровья приводят к ослаблению адаптивных возможностей и тем самым ограничивают их социализацию и жизнедеятельность в обществе. Семейная социализация таких детей является видом *отклоняющейся социализации*, т. к. личностное развитие индивида изначально не соответствует эталонам, установленным в обществе. По этим причинам многие дети с ограниченными возможностями здоровья адаптируются к особой среде, что препятствует их социальной интеграции в сфере образования, общественной жизни в целом. Проблема социализации заключается еще и в том, что параллельно с процессом социализации ребенка протекает процесс *ресоциализации* его родителей. Данные процессы обусловлены биологическим (учет характера инвалидизирующей патологии, уровня функциональных нарушений и т.д.), социальным (учет условий социально-средового окружения) и психологическим (учет личностных особенностей родителей и их потребностей) факторами (Кожанова, 2013).

С раннего возраста у детей с аутизмом проявляются проблемы с *социальными навыками*: подражанием, ориентацией на социальные стимулы, концентрацией внимания на определённых объектах, с распознаванием эмоциональных состояний окружающих людей, участи-

ем в играх. В старшем возрасте они редко идут первыми на контакт с окружающими, не реагируют на их эмоциональные проявления. У аутичных детей слабо выражена социальная направленность поведения, восприимчивость к социальным аспектам поведения других людей. Наблюдаются проблемы с узнаванием лиц. Им сложно интегрировать социальные, коммуникативные, эмоциональные аспекты собственного поведения. Дети с аутизмом не воспринимают окружающих как социальных партнёров (Mash, 2002).

Вместе с тем у таких детей необходимо формировать готовность и способность к относительно независимой жизни, а также предупреждать проявления социальной недостаточности. И здесь главным средством и необходимым фактором успешной социализации детей с ограниченными возможностями здоровья становится семья. Социализирующийся потенциал семьи во многом зависит от того, какую позицию занимает семья и родители в первую очередь. Вовлечение родителей в процесс социализации детей проводится с учетом особенностей их отношения к собственному ребенку.

Материалы и методы. Нами предложен и апробирован комплекс методик, позволяющий получить проверяемые результаты: Дарлинг Р.Б. «Список потребностей родителей», А.Г. Лидерс «Шкала степени отверженности ребенка в семье», В.Е. Каган, И.П. Журавлева «Диагностика отношения к болезни ребенка (ДОБР)», Э.Г. Эйдемиллер «Семейная социограмма».

Результаты и их обсуждение. Организованное исследование проходило в три этапа. *На первом диагностическом этапе* (пилотажное исследование) была использована методика Дарлинг Р.Б. «Список потребностей родителей» с целью выявления основных проблемных областей и потребностей семей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра. Полученные данные совместно с информацией, собранной методами наблюдения и беседы могут быть использованы в дальнейшем, при психокоррекционной работе (Селигман, 2000). В опросе приняли участие десять родителей, воспитывающих дошкольника с аутизмом. Для каждой потребности в списке необходимо было отметить знаком «+» рубрику, наиболее точно описывающую потребность в данной сфере. В последующем, нами было проведено ранжирование потребностей родителей. Первый ранг приписан потребностям с большей степенью выраженности баллов «Я действительно нуждаюсь в этой помощи». Результаты приведены в таблице 1.

Таблица 1 - Количественные показатели ранжирования данных методики пилотажного исследования «Список потребностей родителей»

Ранг	Метрические данные	Область потребностей в помощи
1	30	Вмешательство
2	29	Информация
3	17	Конкурирующие нужды
4	16	Формальная поддержка
5	8	Неформальная поддержка
6	5	Материальная поддержка

Таким образом, можно увидеть, что наиболее востребованной областью помощи для семьи, воспитывающей аутичного ребенка, является вмешательство специалистов – медицинское, терапевтическое, обучающее. Практически такую же потребность родители испытывают в наиболее доступной информации о диагнозе, прогнозе и лечении.

Далее семьи указывают необходимость поддержки в устранении конкурирующих семейных потребностей, т.е. нужд других членов семьи (родителей, братьев, сестер и т.п.), способных повлиять на ребенка с аутистическими проявлениями. Велика также необходимость формальной поддержки семьи ребенка-аутиста со стороны государственных и частных учреждений.

Наиболее низкие баллы, означающие отсутствие нужды помощи в данных областях, набрали неформальная поддержка со стороны родных, соседей, сослуживцев и материальная поддержка, в том числе финансовая помощь и доступ к различным ресурсам.

На втором диагностическом этапе нашего исследования были получены результаты по методикам «Шкала степени отверженности ребенка в семье» А.Г. Лидерса и методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) В.Е. Кагана и И.П. Журавлевой. Результаты применения методик позволили дифференцировать особенности отношений родителей с дошкольниками по шкалам.

Процедура измерения степени принятия или отверженности ребенка в семье проводилась по методике «Шкала степени отверженности ребенка в семье» А.Г. Лидерса на материале анкеты, содержащей перечень определенных черт характера и личностных особенностей. В опросе приняли участие 19 родителей, воспитывающих дошкольника с расстройствами аутистического спектра. Первоначально родители выбирали те черты характера, которыми они наделяли ребенка в своем воображении еще до его

рождения, а затем – черты характера, которые, по их мнению, имелись у ребенка на текущий момент.

По итогам анализа показателя «Степень совпадения черт» было выявлено 36,8% семей с *высоким уровнем принятия* ребенка. Это означает, что ребенок чувствует себя любимым, нужным и необходимым, ситуация для него в семье благоприятная. У 42,1% родителей ситуация в семье соответствует *среднеблагоприятным показателям* (в формулировке автора методики). Ребенок не соответствует ожиданиям родителей, определенные особенности остаются непринятыми родителями. Мечты об «идеальном ребенке» не реализовались, и родитель не удовлетворен, но при этом он не приписывает ребенку негативных качеств личности, а старается оценить его с положительной стороны. У 21,1% участников наблюдается явное или скрытое *отвержение* ребенка в семье. Это означает, что ребенок может периодически раздражать родителей и чувствовать себя отвергнутым. В силу того, что интеллектуальные и характерологические особенности ребенка с расстройствами аутистического спектра не соответствует мечтам родителей, они испытывают чувство неудовлетворения и обиды. Однако внешние особенности ребенка отвечают требованиям и ожиданиям родителей: они видят своих детей красивыми, ловкими, выносливыми.

При анализе показателя «Степень нежелательных черт» были подсчитаны нежелательные и отрицательные характеристики ребенка, которые давались родителями. Оказалось, что только 5,3% родителей (один человек) показали *явное отвержение* ребенка с расстройствами аутистического спектра. У ребенка, в глазах родителей, преобладают нежелательные черты характера, которые постоянно раздражают или волнуют их. Диагностические результаты 42,1% участников показали *среднеблагоприятную* ситуацию в семье. У ребенка имеется целый ряд отрицательных качеств, которые раздражают и угнетают родителей, они нередко ругают ребенка за их проявление и, возможно, пытаются их корректировать. В глазах 52,6% родителей у их ребенка отсутствуют неблагоприятные и отрицательные качества. Возможно, родители пытаются компенсировать собственный психологический дискомфорт или стремятся замаскировать реальное отношение к ребенку проявлениями повышенной заботы и внимания.

Процедура изучения отношения взрослых членов семьи к болезни ребенка проводилась по методике В.Е. Кагана и И.П. Журавлевой диагностики отношения к болезни ребенка (Каган, 1991). Опросник состоял из 40 пунктов-утверждений, согласие испытуемых с которыми оценивается по 6-балльной шкале. В опросе приняли участие 19 родителей, воспитывающих дошкольника с расстройствами аутистического спектра.

По итогам анализа показателя *«Интернальность»* 100% участников описывают экстернальный родительский контроль болезни ребенка - причины болезни воспринимаются ими как нечто, не зависящее от них, родителей, что они не могут контролировать и чем не могут управлять. Ни один из участников не проявил интернальный контроль, при котором родители воспринимают себя как ответственных за болезнь ребенка.

По итогам анализа показателя *«Шкала тревоги»* у 52,6% родителей выявлена тревожность по отношению к ребенку с расстройствами аутистического спектра. У 47,4% опрошенных выявлено умеренное отрицание тревоги, что характеризуется относительно нейтральным отношением к болезни ребенка.

Завышенные баллы показателя *«Нозогнозия»* (84,2 %) описывают преувеличение родителями тяжести болезни ребенка (гипернозогнозия). Только у 10,5% родителей сохраняется адекватный взгляд на заболевание и возможности ребенка с расстройствами аутистического спектра. У 5,3% заниженный показатель данной шкалы указывает на преуменьшение родителями тяжести болезни ребенка, возможное отрицание заболевания (гипонозогнозия и анозогнозия).

По итогам анализа показателя *«Шкала контроля активности»* у 100% участников имеется тенденция к недооценке ограничений возможностей ребенка, в связи с заболеванием. Родители намеренно предоставляют ребенку полную свободу в действиях, требования родителей к ребенку с аутизмом не отличаются от требований к детям с нормой развития.

Завышенные показатели шкалы *«Общая напряженность»* отсутствуют. Это означает, что у опрошенных родителей не выявлены тревожно-депрессивные расстройства. Семьи высоко оценивают способности ребенка, стараются помочь ему.

На третьем этапе диагностического исследования нами была проведена рисуночная проективная методика Э.Г. Эйдемиллера «Семейная социограмма», позволяющая выявить положение субъекта в системе межличностных отношений. В опросе приняли участие 19 родителей, воспитывающих дошкольника с расстройствами аутистического спектра: 14 женщин (матерей) и 5 мужчин (отцов). Для проведения обследования испытуемым выдавали бланки: на каждом бланке нарисован круг диаметром 110 мм. Члены семьи выполняют задание индивидуально. Инструкция носила следующую формулировку: «Перед Вами на листе изображен круг. Нарисуйте в нем самого себя, членов семьи в форме кружков и подпишите их имена». В результате анализа продуктов деятельности испытуемых были выявлены описанные ниже особенности.

В восьми изображениях испытуемые располагали в центре круга ребенка с РАС, что может свидетельствовать о выраженной центрированности на ребенке, заикленности, возможной гиперопеке.

На четырех рисунках отец являлся главной, значимой фигурой в семье; круг, обозначающий отца, был намного больше других членов семьи, стоял в верхней или начальной позиции. На четырех работах, наоборот, наблюдалось отстраненное отношение отца к ребенку с РАС или к семье в целом, это может объясняться раздельным проживанием супругов или проявлениями скованности (ригидности) отца по причине своего бессилия в плане воздействия на ребенка. На оставшихся одиннадцати изображениях позиции матери и отца были равноправными, равнозначными.

В процессе анализа дистанции между кругом «Ребенок с РАС» и родителями было выявлено, что в пяти случаях мать находится на самом близком расстоянии от ребенка, это говорит о благоприятном характере взаимоотношений женщины с ребенком. В двух случаях фигура отца находилась на близком расстоянии с ребенком, в отличие от фигуры матери. Это можно объяснить тем, что дети в данных семьях мужского пола, и отец прилагает всевозможные усилия в воспитании и обучении сына.

На двух изображениях фигуры здоровых братьев и сестер находились в отдаленном положении от остальных членов семьи. Удаленность одного кружка от других может говорить о конфликтных отношениях в семье между родственниками. Из-за сверхсильной центрированности на ребенке с РАС родители «забывают» о существовании других детей, перестают уделять им должное внимание. В одном случае было выявлено отдаление ребенка с РАС от остальных членов семьи. Это свидетельствует о возможном эмоциональном отвержении, непринятии ребенка с особенностями.

На трех рисунках в качестве членов семьи были изображены животные. Это говорит о значимости для данных людей домашних питомцев.

В одном случае прорисовано своеобразное «слипание», наслаивание кругов один на другой. Это говорит о недифференцированности «Я» у членов семьи, наличии симбиотических связей.

На одном рисунке было выявлено отсутствие имен у членов семьи, кругов-детей. Это может означать обезличивание, обобщение детей, возможно, «груз материнства» для данной женщины слишком тяжел.

Выводы. Комплексная диагностика позволила выявить нарушения родительского отношения к ребенку с расстройствами аутистического спектра. Они, как правило, состояли в том, что в процессе воспитания родители применяли строгие меры наказания дошкольника, что закономерно вызвало воспитательную конфронтацию между родителями и прародителями.

Родители были склонны поддерживать инфантильность ребенка и продлевать, захватывая период школьного детства («Ребенок еще маленький, и не страшно, что он что-то не умеет делать. В школе научится»). Родительское отношение чаще основывалось на скрытом эмоциональном *отвержении* ребенка, просматривались психологические защиты через стремление дистанцироваться от процесса семейного воспитания («Что вы хотите: ребенком больше занималась бабушка. Я много работаю»). Другая тактика родительского поведения отражала повышенную *фиксацию на особенностях* ребенка-инвалида, которому многое дозволяется, который беспомощен и нуждается в симбиотических отношениях с родителями. Предпринятая попытка исследовать взаимоотношения родителей с детьми, имеющих проявления аутистического поведения, позволила выявить некоторые особенности, учет которых откроет пути сотрудничества педагогов с родителями на этапе подготовки дошкольников к инклюзивному образованию.

Список литературы

1. Каган В. Е., Журавлева И. П. Методика диагностики отношения к болезни ребенка // Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии : метод. пособие / под ред. Д. Н. Исаева, В. Е. Кагана. СПб., 1991. С. 30–34.
2. Кожанова Т. М. Роль семьи в социализации детей с ограниченными возможностями здоровья // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 4. С. 189.
3. Патрушева И. Н. Роль семьи в формировании духовно-нравственной личности // Теория и практика образования в современном мире : материалы IV междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, январь 2014 г.). СПб., 2014. С. 192-197.
4. Селигман Н., Дарлинг Р. Б. Обычные семьи, особые дети. М. : Теревинф, 2013. 368 с.

УДК 378.17

ПРОГРАММА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО ВУЗА

М. В. Погодаева, А. А. Шеметова, И. В. Каминская
Иркутский государственный университет, г. Иркутск, Россия

Аннотация. В работе рассматриваются направления оптимизации здоровьесберегающей деятельности в учебно-воспитательном процессе лингвистического вуза. Это обучение каждого студента самооценке и самоанализу поведенческих рисков для здоровья, разработка и реализация

индивидуальной программы здоровья, интеграция дисциплин валеологической направленности с другими дисциплинами учебного плана.

Ключевые слова: культура здоровья, здоровьесберегающие технологии, валеологическое образование, индивидуальная программа здоровья

Необходимость оптимизации учебной нагрузки учащихся и создания в учреждениях образования условий для сохранения здоровья обучающихся - актуальный вопрос для всех ступеней образовательной системы. Для этого важна организация мониторинга показателей здоровья детей и молодежи, успешности прохождения адаптационного процесса, психолого-педагогическое сопровождение учащихся (Казин, 2014) .

Для формирования культуры здоровья психолого-педагогическое взаимодействие выступает основным звеном процесса формирования новой системы ценностей и моделей и здоровьесберегающего поведения у современной студенческой молодёжи (Слободчиков, Исаев, 1995). Этот процесс затрудняется тем обстоятельством, что в системе ценностных ориентаций молодежи их собственное здоровье еще не занимает значимого места. В этом отношении представляется особо значимой психолого-педагогическая работа по трансформации ценностно-смысловой сферы личности в период обучения в вузе (Серый, 2014).

Ведущее место в процессе реализации здоровьесбережения традиционно отводится физическому компоненту здоровья и рассмотрению фундаментальных данных о влиянии оптимальной двигательной активности на состояние здоровья. Поэтому формирование необходимых знаний, умений и навыков для определения оптимальных двигательных режимов, повышающих функциональное состояние и здоровье человека, – одна из основных задач валеологического образования. Постоянное переутомление сказывается на здоровье обучающихся, но мало кто идет путем предотвращения перегрузки через использование «здоровьесберегающих технологий», которые представляют собой совокупность приемов, методов, форм обучения и подходов к образовательному процессу при учете индивидуальных особенностей обучающихся (интеллектуальных, эмоциональных, мотивационных и др.), при регулировании интеллектуальной, эмоциональной, нервной нагрузки, при освоении учебного материала, то есть в стремлении добиться оптимальных результатов обучения обязательного, при оптимизации необходимых затратах времени и сил обучающегося и преподавателя; обеспечении благоприятного морально-психологического климата в учебной группе; акцентировании обучающихся на способах

самостоятельной защиты от стрессов, средствах психологической защиты и сохранения здоровья.

Целью здоровьесберегающей образовательной технологии должно выступать обеспечение условий физического, психического, социального и духовного комфорта, способствующих сохранению и укреплению здоровья субъектов образовательного процесса, их продуктивной учебно-познавательной и практической деятельности, основанной на научной организации труда и культуре здорового образа жизни личности.

Цель здоровьесохраняющих технологий в образовании необходимо соотнести с общей целью образования, которая определяется социальным заказом общества. На основе складывающихся представлений о здоровьесберегающей системе можно полагать, что общая цель образования должна быть направлена на подготовку физически, психологически и духовно развитой личности к предстоящей самостоятельной деятельности в постоянно изменяющихся условиях среды. (Сомов,2007).

Одним из условий формирования знаний о культуре здоровья является системный подход, обусловленный тем, что изучение проблем здоровья человека невозможно в пределах одной учебной дисциплины.

Системный подход к реализации здоровьесбережения в образовательном учреждении предполагает целый ряд преимуществ:

- системный взгляд на человека, формирует у обучаемого «системное» мышление и в целом системную парадигму в обучении, даёт возможность уйти от репродуктивного обучения в саморазвивающее;

- в новом методологическом контексте более «очеловечено» могут рассматриваться такие важнейшие категории человекознания как «и индивидуальная траектория образования», «личность» и т.д.;

- системная концепция позволят осознать идеи уникальности человека, его самоценности;

- системное мышление позволяет глубже понять взаимосвязь социального поведения человека, его творческих способностей, с одной стороны, биологических закономерностей, с другой. (Уткина,1998).

Исходя из целей здоровьесбережения основные направления здоровьесберегающей деятельности в высшем учебном заведении должны быть следующими:

- мониторинг состояния здоровья студентов вуза с учетом региональных рисков;

- мониторинг образовательной среды с точки зрения её влияния на состояние здоровья студентов;

- создание и реализация программ формирования здорового образа жизни, профилактики зависимостей, адекватного пищевого поведения;
- физкультурно-оздоровительная работа;
- психолого-педагогическое сопровождение процесса адаптации;
- формирование готовности будущих педагогов к здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях.

Эти положения нашли отражение при разработке программы «ИГЛУ – вуз здорового образа жизни», а также программы по профилактике наркомании и других социально негативных явлений, реализованных в 2010-2015гг. В программе были поставлены и успешно решались задачи воспитания культуры здоровья на основе интеграции лингво-психолого-педагогических и валеологических принципов и осуществлялась интенсификация работы по первичной профилактике наркомании и других социально-негативных явлений. Эти задачи решались в рамках деятельности кабинета профилактики социально-негативных явлений в молодежной среде на основе соглашения о сотрудничестве в сфере профилактики наркомании и пропаганды ЗОЖ между администрацией ИГЛУ, министерством по физической культуре, спорту и молодежной политике, областным государственным казенным учреждением «Центр профилактики наркомании». Направления работы по программе представлены в таблице 1.

Таблица 1 - План мероприятий по программе «Вуз здорового образа жизни»

Направления программы	Мероприятие	Срок
Диагностическое направление	1.Ежегодное анкетирование/тестирование студентов 1 курса с целью адаптации к обучению в вузе.	Сентябрь-октябрь
Организация социально-психологической адаптации студентов	1. Проведение тренингов «Знакомство» на групповую сплоченность и улучшение психологического климата в студенческих группах. 2. Организация и проведение тренингов социально-психологической направленности с целью психокоррекционных изменений (тренинг личностного роста). 3. Проведение индивидуальных консультаций с целью разрешения личностных проблем студентов-первокурсников. 4. Вовлечение студентов первого курса в деятельность волонтеров	Сентябрь В течение учебного года В течение учебного года Октябрь

<p>Организация работы по профилактике зависимостей и формированию ЗОЖ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Реализация программы формирования здорового образа жизни «Наша жизнь в наших руках». Программа включает в себя информационную часть и проведение тренинговых занятий. 2. Проведение мониторинга по выявлению вредных привычек у студентов и приобщение к здоровому образу жизни. 3. Проведение акций, приуроченных к календарным датам (1 декабря – День борьбы со СПИДом; 14 февраля – «Любовь прекрасна, если безопасна», 15 мая День борьбы с курением). 4. Проведение комплекса психологических тренингов по профилактике наркомании и табакокурения 	<p>В течение учебного года</p> <p>Октябрь-ноябрь Декабрь, Февраль, Май Январь-февраль</p>
<p>Привлечение студентов I курса к научно-исследовательской деятельности</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Написание эссе, курсовых работ (студенты БЖ) по психологическим особенностям, по профилактике зависимостей и формированию ЗОЖ. 2. Участие студентов в вузовских и межвузовских конференциях, круглых столах, олимпиадах по формированию здорового образа жизни и профилактике социально-негативных явлений в молодежной среде. 	<p>В течение учебного года</p> <p>Ноябрь, Март.</p>

В ИГЛУ разработана авторская учебная программа формирования культуры здоровья, включающая тематику профилактики наркомании и других социально-негативных явлений. Инновационную основу программы составляет выявление каждым студентом собственных поведенческих факторов риска для здоровья, определение некоторых функциональных показателей и разработка индивидуальной программы здоровья. Учебные дисциплины, составляющей частью которых является данная программа, изучались студентами дневной и заочной форм обучения на 1-3 курсах. Среди них следующие дисциплины: «Основы здоровьесберегающего обучения», «Здоровьесберегающие технологии обучения», «Культура здоровья и здоровьесберегающее обучение», «Валеология».

В теоретической части указанных дисциплин здоровый образ жизни представлен как фактор безопасности жизнедеятельности, а проблемы первичной профилактики социально-негативных явлений обсуждаются по каждой теме на семинарских занятиях. Широко используются активные формы обучения: дискуссии, деловые и ролевые игры, презентации подготовленных студентами докладов. Полученные знания, умения и навыки студенты успешно применяют в педагогической практике в школе (Житницкая, 2011).

Студенты заочной формы обучения ИГЛУ реализуют инновационный подход воспитания культуры здоровья в процессе обучения иноязычному общению (Житницкая, 2016).

Лингвистический университет располагает специфическими потенциальными возможностями, заметно влияющими на предупреждение социально-негативных явлений у студентов в ...алкоголизма, курения, наркомании. Значительное место в педагогическом процессе вуза занимают теоретические и практические языковые дисциплины. На занятиях именно средствами иностранного языка в процессе обучения иноязычной речевой деятельности при использовании научно-обоснованной методики преподавания решаются не только практические, но и воспитательные задачи.

Иностранный язык как средство общения и вторичный способ познания действительности одновременно выполняет культуруносную функцию. Язык не только отражает реальность, но и интерпретирует ее. Любой язык, в том числе и иностранный, создает особую реальность, в которой живет человек. Принцип соизучения языка и культуры является предпосылкой успешной реализации стратегической цели обучения иностранным языкам, формирование межкультурной коммуникативной компетенции.

Иноязычное слово обеспечивает результативное воздействие на чувства, эмоции, сознание и, наконец, на поведение обучающихся с ориентацией их на здоровый образ жизни.

В определенной мере первичная профилактика наркомании и других социально-негативных явлений решается в курсе «Культура здоровья и здоровьесберегающее обучение» занятия проводятся на основе интегрированного учебного пособия «Воспитание культуры здоровья у студентов и учащихся старших классов в процессе обучения иноязычному общению» (Житницкая, 2016).

Накоплен достаточно убедительный опыт работы в этом направлении. Значительное место в пособии занимают тексты на четырех языках, касающиеся проблем наркомании, курения, алкоголизма, ВИЧ-инфекции.

В процессе пролонгированного обучения студенты выполняют:

- индивидуальные программы здоровья;
- рефераты, интегрированные курсовые и дипломные работы;
- антирекламу социально-негативных явлений;
- работу по сбору пословиц и поговорок соответствующей направленности;
- тесты по самоанализу и самооценке показателей здоровья;

- участвуют в круглых столах по тематике «Физическое здоровье и успешность обучения», «Психологические и валеологические проблемы молодой семьи», «Искусство и наука против наркотиков», «Как сделать школу здоровьесберегающей» и других мероприятиях.

По данным письменного опроса 112 студентов, обучавшихся в 2013-2014 учебном году по указанным курсам в результате работы по индивидуальной программе здоровья 63% повысили двигательную активность; 60% позитивно изменили питание; 43% - распорядок дня. Двое студентов отметили, что отказались от курения, а восемь человек снизили интенсивность и хотят бросить (определить достоверно долю студентов к числу курящих затруднительно, так как при спорадическом курении некоторые курильщики считают себя некурящими).

В 2014-2015 учебном году отмечена значительная активизация работы по пропаганде ЗОЖ и профилактике употребления ПАВ через систему учебных и внеучебных занятий. По данным отчетов кафедр ИГЛУ о ходе работы по выполнению программы отмечается, что активно приобщились к этой работе все 13 языковые кафедры ИГЛУ, институтов образовательных технологий и межкультурной коммуникации.

Таким образом, подобный инновационный подход обеспечивает увеличение среди контингента обучающейся молодежи сторонников здорового образа жизни и позволяет изменить неблагоприятную тенденцию ухудшения здоровья в высшей школе, формируя у студента новую иерархию жизненных приоритетов, где высшей ценностью является здоровье, дающее возможность полной самореализации личности.

Список литературы

1. Пути оптимизации здоровьесберегающей составляющей учебно-воспитательного процесса подготовки преподавателя-организатора основ безопасности жизнедеятельности / Э. А. Житницкая, М. В. Погодаева, А. А. Шеметова, Н. П. Волохова // Вестник НЦБЖД. 2011. № 3(9). С. 41-44.
2. Житницкая Э. А., Торунова Н. И., Шерстеникина В. А. Воспитание культуры здоровья у студентов и учащихся старших классов в процессе обучения : учеб. пособие. 2-е издание. Иркутск: ИГЛУ ЕАЛИ, 2016. 240 с.
3. Здоровьесберегающая инфраструктура в системе образования : учеб. пособие / Э. М. Казин, Н. П. Абаскалова, Р. И. Айзман [и др.] М.: Омега, 2014. 575 с.
4. Серый А. В., Яницкий М. С., Харченко Е. В. Ценностно-смысловые аспекты психологической работы со студенческой молодежью, находящейся в кризисной ситуации // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. 2014. № 2 (18). С. 40-48.
5. Слободчиков В. И., Исаев Е. И. Психология человека, введение в психологию субъективности. М.: Школа-пресс, 1995. 384 с.

6. Сомов Д. С. Теория и методология реализации здоровьесбережения в условиях современного вуза: дис. ... д-ра пед. наук. Ставрополь, 2007. 265 с.

7. Уткина Л. М. Реализация валеологического компонента в системе повышения квалификации педагога : дис. ... канд. пед. наук. СПб., 1998. 184 с.

УДК 159.9.072

СПЕЦИФИКА САМОАКТУАЛИЗАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМИ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМИ О СВОБОДЕ ВЫБОРА

Е. И. Стоянова, Ю. В. Живаева

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

Аннотация. Проблема самоактуализационного потенциала личности может быть отнесена к числу самых сложных психологических проблем. В статье представлены результаты исследования специфики самоактуализационного потенциала личности студентов с разными представлениями о свободе выбора. Первый этап эмпирического исследования был направлен на изучение представлений о феномене свободы выбора студентов разных квазипрофессиональных сред: специальности «Педагогика и психология», специальности «Лечебное дело», специальности «Международные отношения». Следующий этап эмпирического исследования был направлен на изучение характеристик самоактуализационного потенциала студентов с разными представлениями о свободе выбора. В ходе исследования показаны специфические отличия характеристик самоактуализационного потенциала личности студентов с разными представлениями о свободе выбора.

Ключевые слова: самоактуализационный потенциал личности, представление о свободе выбора, квазипрофессиональная среда,

Актуальность. Проблема самоактуализационного потенциала человека, в целом, и представителей конкретных профессий, в частности, является сегодня довольно актуальной. Ее актуальность обусловлена не только тем, что сам человек и его становление как здоровой и суверенной личности становятся предметом психологического исследования, но и теми изменениями, которые происходят в мире, предъявляя особые требо-

вания к человеку, стремящемуся к сохранению здоровья, к саморазвитию, к самоактуализации. Среди этих требований готовность действовать в новых, непредсказуемых условиях, принимать решение в данной ситуации и нести ответственность за принятое решение. Чтобы соответствовать этим требованиям, необходимо иметь определенные личностные характеристики: быть способным видеть свои возможности в окружающем его мире и реализовывать свой потенциал, открывая для себя новые смыслы своей жизнедеятельности, осуществляя себя, свой жизненный потенциал.

Постановка проблемы. Проблема выбора, в частности профессионального, актуализируется именно в юношеском возрасте: сначала в период выбора профессии, затем - в период профессионального обучения, когда студент выбирает определенное направление в своей профессиональной деятельности – индивидуальную профессиональную траекторию. Именно способность осуществлять выбор становится критерием целостности личности и ее готовности к самоосуществлению.

Первый этап эмпирического исследования был направлен на изучение представлений о феномене свободы выбора студентов разных квазипрофессиональных сред. Основным методом исследования выступил контент-анализ продуктов деятельности. Основной этап эмпирического исследования по изучению представлений о феномене свободы выбора в зависимости от доминирующей категории был направлен на осуществление процедуры исследования. Выборку составили 450 человек в возрасте 18-20 лет. В исследовании приняли участие:

1-ая группа – 140 студентов 3-го курса специальности «Педагогика и психология», направление «Педагогика» (профиль «Психологическое образование») института психологии, педагогики и управления образованием КГПУ им. В.П. Астафьева;

2-ая группа – 160 студентов 3-го курса специальности «Лечебное дело» Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого;

3-ья группа – 150 студентов 3-го курса специальности «Международные отношения» Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского.

Испытуемым было предложено написать эссе на тему: «Проявление свободы в моей жизни». Для обработки и систематизации полученных данных эмпирического исследования использовался метод контент-анализа, в ходе которого был осуществлен качественно-количественный анализ закодированной информации, а именно – производился подсчет частоты использования семантических единиц по каждой категории. Было

выделено три категории анализа (предметная, смысловая и ценностная категории), характеризующие уровни смыслообразования. Выбор автором данных категорий был обусловлен следующими теоретическими положениями. Рассматривая человека как самоорганизующуюся систему, порождающую психологические новообразования и опирающуюся на них в своем самодвижении, предполагаем, что при «вхождении» в профессиональную культуру происходит движение к суверенизации человека от предметного уровня сознания к смысловому, а затем – к ценностному уровню. Другими словами, в условиях квазипрофессиональной деятельности осуществляется становление «человеческого в человеке – ценностно-смыслового мира человека с его подвижной, открытой в окружающую среду (природную, социальную, культурную) границей» (Чернова, 2013).

Определение концептов субъективного качества выбора у студентов с разными представлениями о свободе выбора свидетельствует о том, что

– студенты, характеризующиеся доминированием предметной категории, демонстрируют невысокие и средние оценочные показатели, что может характеризоваться как нечеткость позиции («выбор реализуется с чувством тревоги», «надеясь на помощь внешних сил», «полагаясь на «авось», «видя только одно решение», «опираясь на свои потребности»);

– студенты, характеризующиеся доминированием смысловой категории, демонстрируют определенную, выраженную позицию в выборе основных концептов, оценивая субъективный выбор («выбор реализуется бесконфликтно», «самостоятельно», «с опорой на себя»);

– студенты, характеризующиеся доминированием ценностной категории, реализуют его как расширение пространства возможностей («выбор реализуется уверенно», «рационально», «с чувством правоты», «ответственно», «смело и решительно», «взвешивая все «за и против», «опираясь на свои ценности», «видя несколько вариантов»).

Следующий этап эмпирического исследования был направлен на изучение характеристик самоактуализационного потенциала студентов с разными представлениями о свободе выбора. В качестве диагностического материала мы использовали Самоактуализационный тест Ю.Е. Алейшиной, Л.Я. Гозман, М.В. Латинской и М.В. Кроз.

В ходе проведенного исследования у студентов, характеризующихся доминированием ценностной категории, были получены следующие результаты: высокие показатели по Шкале «Компетентность во времени» были получены у студентов 2-ой группы, менее выраженная тенденция по данной характеристике у студентов 1-ой группы, слабо выражены показатели у студентов 3-ей группы. Наиболее высокие показатели по Шкале «Поддержки» были

получены у студентов 1-ой группы, у студентов 2-ой и 3-ей групп показатели менее выражены. Высокие показатели по данным шкалам свидетельствуют о способности студентов жить настоящим, то есть переживать настоящий момент своей жизни во всей полноте. Показатели по Шкалам «Ценностные ориентации», «Гибкость поведения» у студентов 1, 2 и 3 групп находятся на одном уровне, что свидетельствует о том, что существенных изменений по данным шкалам у студентов разных профессиональных сред не наблюдается. Показатели по Шкалам свидетельствуют о том, насколько студенты готовы разделять ценности, присущие самоактуализирующимся личностям, и насколько способны проявлять гибкость в реализации своих ценностей в поведении. Шкалы «Сензитивности к себе» и «Спонтанности» составляют Блок чувств и определяют, насколько человек хорошо осознает свои чувства и в какой степени они проявляются в поведении. Наиболее высокие показатели по выше перечисленным Шкалам зафиксированы у студентов 3-ей группы, менее выражены показатели у студентов 2-ой и 1-ой группы. Высокие показатели по Шкалам «Самоуважения» и «Самопринятия» зафиксированы у студентов 2-ой группы, менее выражены показатели у студентов 1-ой и 3-ей групп. Шкалы «Самоуважения» и «Самопринятия» составляют Блок «Самовосприятия», что свидетельствует о способности студентов оценивать свои достоинства, положительные свойства характера и степень принятия человеком себя таким, как есть, вне зависимости от оценки своих достоинств. Шкалы «Представления о природе человека» и «Синергии» составляют блок «концепции человека», т.е. восприятие природы человека и принятие окружающего мира в целостности и связности противоположностей. Высокие показатели по шкалам зафиксированы у студентов 1 группы, менее выражены показатели у студентов 2-ой и 3-ей групп.

Высокие показатели по Шкалам «Принятие агрессии» и «Контактности» зафиксированы у студентов 1-ой и 3-ей групп, менее выражены показатели у студентов 2-ой группы. Шкалы «Принятие агрессии» и «Контактности» составляют Блок «Межличностной чувствительности», что свидетельствует о способности студентов принимать агрессию как естественное проявление человеческой природы и также проявлять способность в установлении близких, эмоционально насыщенных контактов. Наиболее высокие показатели по шкалам «Познавательные потребности» и «Креативность» зафиксированы у студентов 2-ой группы, менее выражены показатели у студентов 1-ой и 3-ей групп. Шкалы «Познавательные потребности» и «Креативность» составляют Блок «Отношения к познанию», что свидетельствует о проявлении потребности в приобретении знаний и творческой направленности человека.

Результаты исследования показателей самоактуализации у студентов, характеризующихся доминированием ценностно-смыслового содержательного аспекта, распределились следующим образом: высокие показатели по Шкале «Компетентность во времени» были получены у студентов 2-ой и 3-ьей групп, менее выражена тенденция по данной характеристике у студентов 1-ой группы. Наиболее высокие показатели по Шкале «Поддержки» были получены у студентов 1-ой и 3-ьей групп, у студентов 2-ой группы показатели менее выражены. В ходе исследования студенты демонстрируют среднюю степень выраженности показателей, что говорит о наличии неярко выраженного потенциала в стремлении к самоактуализации.

Наиболее высокие показатели по Шкалам «Ценностные ориентации», «Гибкость поведения» зафиксированы у студентов 3-ьей группы, менее выражены показатели у студентов 1-ой и 2-ой групп. Показатели по Шкалам свидетельствуют о том, насколько студенты готовы разделять ценности, присущие самоактуализирующимся личностям, и насколько способны проявлять гибкость в реализации своих ценностей в поведении. Показатели по Шкалам «Сензитивность» и «Спонтанность» у студентов 1, 2 и 3 групп находятся на уровне средних показателей, что свидетельствует о неярко выраженной способности в понимании своих чувств и их проявлении. Высокие показатели по Шкалам «Самоуважения» и «Самопринятия» зафиксированы у студентов 1-ой группы, менее выражены показатели у студентов 2-ой и 3-ьей групп. Шкалы «Самоуважения» и «Самопринятия» составляют Блок «Самовосприятия», что свидетельствует о способности студентов оценивать свои достоинства, положительные свойства характера и степень принятия человеком себя таким, как есть, вне зависимости от оценки своих достоинств. Высокие показатели по Шкалам «Представлений о природе человека» и «Синергии» зафиксированы у студентов 2-ой и 3-ьей групп, менее выражены показатели у студентов 1-ой группы. Результаты свидетельствуют о том, что студенты в большинстве случаев способны принимать природу человека как «положительную».

Высокие показатели по Шкалам «Принятие агрессии» и «Контактности» зафиксированы у студентов 1-ой и 3-ьей групп, менее выражены показатели у студентов 2-ой группы. Шкалы «Принятие агрессии» и «Контактности» составляют блок «межличностной чувствительности», что свидетельствует о способности студентов принимать агрессию как естественное проявление человеческой природы, а также проявлять способность в установлении близких, эмоционально насыщенных контактов. Наиболее высокие показатели по Шкалам «Познавательных потребно-

стей» и «Креативности» зафиксированы у студентов 1-ой и 3-ей групп, менее выражены показатели у студентов 2-ой группы. Шкалы «Познавательных потребностей» и «Креативности» составляют Блок «Отношения к познанию», что свидетельствует о проявлении потребности в приобретении знаний и творческой направленности человека.

Согласно результатам проведенного исследования у студентов, характеризующихся доминированием смысловой категории, были зафиксированы следующие результаты: высокие показатели по Шкале «Компетентность во времени» были получены у студентов 2-ой группы, менее выраженная тенденция по данной характеристике у студентов 1-ой группы, слабо выражены показатели у студентов 3-ой группы. У студентов 1, 2 и 3 групп по Шкале «Поддержки» были зафиксированы средние показатели, что свидетельствует о средней выраженности тенденции в стремлении к самоактуализации.

Показатели по шкалам «Ценностные ориентации», «Гибкость поведения» у студентов 1, 2 и 3 групп находятся на одном уровне, что свидетельствует о том, что значимых различий по данным шкалам у студентов разных профессиональных сред не наблюдается. Наиболее высокие показатели по Шкалам «Сензитивности к себе» и «Спонтанности» зафиксированы у студентов 3-ей группы, менее выражены показатели по шкалам у студентов 1-ой и 2-ой групп. В данном случае результаты свидетельствуют о том, что студенты, имеющие наиболее высокие показатели, проявляют себя способными отдавать себе отчет в своих потребностях и чувствах, у них наиболее развита рефлексивная способность.

Показатели по Шкалам «Самоуважения» и «Самопринятия» у студентов 1, 2 и 3 групп находятся на одном уровне, что свидетельствует о том, что существенных изменений по данным Шкалам у студентов разных профессиональных сред не наблюдается. Шкалы «Самоуважения» и «Самопринятия» составляют Блок «Самовосприятия», что свидетельствует о способности студентов оценивать свои достоинства, положительные свойства характера и степень принятия человеком себя таким, как есть, вне зависимости от оценки своих достоинств.

Средняя выраженность показателей по Шкалам «Представления о природе человека» и «Синергии» у студентов 1, 2 и 3 групп находятся на одном уровне, что свидетельствует о том, что значимых различий по данным шкалам у студентов разных профессиональных сред не наблюдается.

Высокие показатели по Шкалам «Принятие агрессии» и «Контактности» зафиксированы у студентов 1-ой и 2-ой групп, менее выражены показатели у студентов 3-ей группы. Шкалы «Принятие агрессии» и «Кон-

тактности» составляют Блок «Межличностной чувствительности», что свидетельствует о способности студентов принимать агрессию как естественное проявление человеческой природы и проявлять способность в установлении близких, эмоционально-насыщенных контактов.

По Шкалам «Познавательных потребностей» и «Креативности» зафиксированы средние показатели у студентов 2-ой группы, менее выражены показатели у студентов 1-ой и 3-ей групп. Полученные результаты свидетельствуют о стремлении человека к приобретению знаний об окружающем мире и характеризуют выраженность творческого потенциала личности.

Студенты, характеризующиеся доминированием предметно-смысловой категории, демонстрируют следующие результаты в реализации самоактуализационного потенциала: студенты 3-ей группы показывают наиболее высокие показатели по Шкалам «Компетентности во времени», «Шкала поддержки», студенты 2-ой и 1-ой групп демонстрируют меньшую выраженность в показателях в указанном аспекте. Указанные характеристики свидетельствуют о наличии способности студентов жить настоящим моментом, ощущать неразрывность прошлого, настоящего и будущего. По Шкале «Ценностные ориентации» и «Гибкость поведения» у студентов 1, 2 и 3 групп зафиксированы показатели, находящиеся на среднем уровне, результаты свидетельствуют о том, что студенты индифферентно относятся к ценностям, которые в большей степени присущи самоактуализирующимся личностям. По Шкалам «Сензитивности» и «Спонтанности», составляющим блок чувств, которые определяют, насколько человек осознает собственные чувства и в какой степени способен проявлять их в поведении, показатели находятся на среднем уровне у студентов 1, 2 и 3 групп. Следовательно, значимых различий по данным шкалам у студентов разных профессиональных сред не наблюдается.

Высокие показатели по Шкалам «Самоуважения» и «Самопринятия» зафиксированы у студентов 1, 2 и 3 групп. Шкалы «Самоуважения» и «Самопринятия» составляют Блок «Самовосприятия», что свидетельствует о способности студентов оценивать свои достоинства, положительные свойства характера и степень принятия человеком себя таким, как есть, вне зависимости от оценки своих достоинств.

Показатели по Шкалам «Представлений о природе человека», «Синергии» у студентов 1, 2 и 3 групп находятся на среднем уровне, что свидетельствует о средне выраженной способности человека к целостному восприятию мира и людей. Наиболее высокие показатели по Шкалам «Принятие агрессии» и «Контактности» зафиксированы у студентов 1-ой

и 2-ой групп, менее выражены показатели у студентов 3-ей группы. Шкалы «Принятие агрессии» и «Контактности» составляют Блок «Межличностной чувствительности», что свидетельствует о способности студентов принимать агрессию как естественное проявление человеческой природы и также проявлять способность в установлении близких, эмоционально насыщенных контактов. Наиболее высокие показатели по Шкалам «Познавательных потребностей» и «Креативности» зафиксированы у студентов 1-ой и 3-ей групп, менее выражены показатели у студентов 2-ой группы. Шкалы «Познавательных потребностей» и «Креативности» составляют блок «отношения к познанию», что свидетельствует о проявлении потребности в приобретении знаний и творческой направленности человека.

В ходе проведенного исследования у студентов, характеризующихся доминированием предметной категории, были получены следующие результаты: низкие показатели по Шкале «Компетентность во времени» получены у студентов 1-ой и 3-ей групп. Невысокие показатели по Шкале «Поддержки» получены у студентов 1-ой и 2-ой групп, у студентов 3-ей группы показатели менее выражены. Невысокие показатели по данным Шкалам свидетельствуют об ориентации человека лишь на один из отрезков временной Шкалы (прошлое, настоящее, будущее) и дискретное восприятие своего жизненного пути. Также низкие показатели свидетельствуют о высокой степени зависимости, конформности, несамостоятельности студентов. Наиболее высокие показатели по Шкалам «Ценностные ориентации», «Гибкость поведения» демонстрируются студентами 1-ой и 3-ей групп, менее выражены показатели у студентов 2-ой группы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что студенты готовы ориентироваться на ценности, присущие самоактуализирующимся личностям.

Наиболее высокие показатели по Шкалам «Сензитивности к себе» и «Спонтанности» зафиксированы у студентов 1-ой группы, менее выражены показатели у студентов 2-ой и 3-ей групп. Шкалы «Сензитивности к себе» и «Спонтанности» составляют блок чувств определяют, насколько человек хорошо осознает свои чувства и в какой степени они проявляются в поведении. Средние показатели по Шкалам «Самоуважения» и «Самопринятия» у студентов 1, 2 и 3 групп находятся на одном уровне, что свидетельствует о том, что значимых различий по данным шкалам у студентов разных профессиональных сред не наблюдается. Шкалы «Самоуважения» и «Самопринятия» составляют Блок «Самовосприятия», что подтверждает готовность студентов более объективно воспринимать себя и на этой основе выстраивать взаимодействие с окружающими.

Низкие показатели по Шкалам «Представления о природе человека» и «Синергии» зафиксированы у студентов 1, 2 и 3 групп. Результаты свидетельствуют о том, что студенты не готовы воспринимать окружающих людей более положительно и видеть целостность окружающего мира.

Средние показатели по Шкалам «Принятие агрессии» и «Контактности» зафиксированы у студентов 1, 2 и 3 групп. Средние показатели по Шкалам свидетельствуют о том, что не сформирована готовность воспринимать положительную и отрицательную сущность проявления природы человека, а также выстраивать глубокие эмоциональные отношения с окружающими людьми. Невысокие показатели по Шкалам «Познавательных потребностей» и «Креативности» зафиксированы у студентов 1, 2 и 3 групп. Шкалы «Познавательных потребностей» и «Креативности» составляют Блок «Отношения к познанию», что свидетельствует о проявлении потребности в приобретении знания и творческой направленности человека.

В ходе проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

Студенты, характеризующиеся доминированием предметной категории, демонстрируют средние показатели по тесту «САТ», наиболее выражены показатели у студентов 2-ой и 3-ей групп, менее выражены у студентов 1-ой группы.

Студенты, характеризующиеся доминированием предметно-смысловой категории, демонстрируют средние показатели по тесту «САТ», наиболее выражены показатели в данной категории у студентов 2-ой и 3-ей групп.

Студенты, характеризующиеся доминированием смысловой категории, демонстрируют выше средних показатели по тесту «САТ», наиболее выражены показатели у студентов 2-ой группы.

Студенты, характеризующиеся доминированием ценностно-смысловой и смысловой категории, в большей степени демонстрируют высокие показатели по тесту «САТ», наиболее выражены показатели по тесту «САТ», в частности, по основным базовым Шкалам «Компетентность во времени» и «Шкала поддержки» у студентов 1-ой и 2-ой групп.

Таким образом, в большей степени наличие самоактуализационного потенциала демонстрируют студенты 2-ой группы, менее выражены показатели по шкалам теста у студентов 1-ой и 3-ей групп. В большей степени склонны к творчеству студенты 3-ей группы согласно результатам теста, студенты 1-ой группы демонстрируют способность принимать природу человека, положительные и отрицательные особенности людей как естественное проявление человеческой сущности.

Самоактуализация есть проявление самоорганизации психологической системы, без которой невозможно ее существование и развитие, то в каких-то пределах, на разных уровнях реализуют себя все люди. В частности показано, что механизмы самоактуализации могут быть объяснены с позиции системной детерминации, особая роль в которой принадлежит ценностям и смыслам как сверхчувственным новообразованиям открытой самоорганизующейся системы (Галажинский, 2002). Самоактуализирующаяся личность характеризуется, прежде всего, самостоятельностью, творческим характером отношений, постоянным развитием, самореализацией своих сущностных сил, самосозиданием и самоутверждением, стремлением к справедливости, красоте и истине. Как правило, высоким уровнем самоактуализации обладают личности, полноценно, активно и продуктивно реализующие свой творческий потенциал.

Список литературы

1. Галажинский Э. В. Системная детерминация самореализации личности : автореф. д-ра психол. наук : 19.00.01. Барнаул, 2002. 44 с.
2. Клочко В. Е. Человек как самоорганизующаяся психологическая система // Человек как самоорганизующаяся психологическая система : материалы регион. конф. Барнаул, 2000. С. 3-7.
3. Исследование взаимосвязи характера социокультурной идентичности с показателями самоактуализационного потенциала студентов как характеристик жизненного самоосуществления / И. О. Логинова, В. Б. Чупина, Ю. В. Живаева, Е. И. Чернова // Известия Волгоградского государственного педагогического университета. 2013. № 2. С. 135–139.
4. Чернова (Стоянова), Е. И. Психолого-образовательное сопровождение формирования готовности к осуществлению студентами выбора в профессиональном обучении : автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. Кемерово, 2013. 23 с.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

УДК 159.91

ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

^{1,2} Ж. Г. Василькова

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

² Красноярский государственный педагогический университет
им. В. П. Астафьева,
г. Красноярск, Россия

Аннотация. Данная статья посвящена особенностям совладания со стрессом пациентов с психосоматическими расстройствами. Представлены результаты исследования стрессоустойчивости и защитно-совладающей системы (механизмов психологической защиты и копинг-стратегий) пациентов с психосоматическими расстройствами (в сравнении со здоровыми людьми). Выявлена гендерная специфика совладания со стрессом у пациентов с психосоматическими расстройствами.

Ключевые слова: совладание со стрессом, копинг-стратегии, механизмы психологической защиты, защитно-совладающая система, психосоматика, психосоматические расстройства.

Актуальность. Исследование особенностей совладания со стрессом пациентов с психосоматическими расстройствами является достаточно актуальным, так как число психосоматических пациентов в клиниках соматического профиля составляет по разным данным от 20 до 50%, что свидетельствует о необходимости усиления компонента психологической помощи в структуре оказания комплексной медико-психологической поддержки данной категории больных.

Феномен стрессоустойчивости и совладающего со стрессом поведения в наше время достаточно широко и активно исследуется как зарубе-

жом, так и в России (Александровский, 1996; Менделевич, 1996; Попова, 1996; Тарабрина, 1998; Анцыферова, 1999; Жданов, 2001; Леонова, 2004; Татарко, 2004; Абабков, 2005; Семке, 2005; Аракелов, 2006; Бодров, 2006; Щербатых, 2006; Гринберг, 2004; Kohn, Lafreniere, Gurevich, LanNene, 1999). Однако до сих пор среди ученых-психологов не существует единого мнения по вопросу механизмов происхождения стресса и его роли в возникновении психосоматических расстройств.

Постановка проблемы. До настоящего времени не разработано оптимальной программы психологической коррекции совладающего со стрессом поведения у людей с неадаптивными механизмами психологической защиты и копинг-стратегиями, в связи с этим проблема развития психосоматических расстройств вследствие стресса остается острой и требует дальнейших поисков в этом направлении. Необходимо изучить специфику совладания со стрессом пациентов с психосоматическими расстройствами, чтобы определить фокус для дальнейшей психологической коррекции и психотерапии.

Стресс может стать основным пусковым механизмом расстройства регулятивной функции вегетативной нервной системы, влияющей на работу внутренних органов, желез внутренней и внешней секреции, кровеносных и лимфатических сосудов, обмена веществ и др. (Бодров, 2006).

Вегетативная нервная система (ВНС) – отдел нервной системы, контролирующей и регулирующий работу всех внутренних органов, способствующий поддержанию гомеостаза – относительного равновесия внутренней среды организма. ВНС участвует в регуляции множества биохимических и физиологических процессов. Исследованием нарушений психофизиологической адаптации человека к стрессам, проявляющихся в дисфункции вегетативной нервной системы, занимались такие ученые как Маколкин, Абакумов, Сапожникова, 1995; Вейн, Дюкова, Воробьева, Данилов, 1997; Хапаев, 2000; Ромасенко, Веденяпина, Вербина, 2002; Курпатов, 2003; Старшенбаум, 2005; Покровская, 2009.

Вегетативная нервная система представлена двумя отделами: симпатическим и парасимпатическим. Влияние симпатического отдела на работу внутренних органов (ситуация стресса): повышает частоту и силу сокращений сердца, сужает артерии, угнетает перистальтику кишечника и выработку пищеварительных ферментов, угнетает слюноотделение, расслабляет мочевой пузырь, расширяет бронхи и бронхиолы, усиливает вентиляцию легких, расширяет зрачки. Влияние парасимпатического отдела (в норме – ситуация отдыха): уменьшает частоту и силу сокраще-

ний сердца, расслабляет артерии, усиливает перистальтику кишечника и стимулирует выработку пищеварительных ферментов, стимулирует слюноотделение, сокращает мочевой пузырь, сужает бронхи и бронхиолы, уменьшает вентиляцию легких, сужает зрачки.

В ситуации стресса в норме должен активизироваться симпатический отдел вегетативной нервной системы: дыхание учащается и становится более поверхностным, кровь приливает к мышцам, давление повышается, человек как бы мобилизуется для борьбы, сопротивления. Однако у некоторых людей вышеперечисленные проявления слишком «зашкаливают» в связи с низкой стрессоустойчивостью или вследствие длительного или сверхсильного воздействия стрессогена, что негативно отражается на самочувствии человека (например, возникает первичная гипертония). Существуют люди, у которых в ситуации стресса кроме симпатического отдела вегетативной нервной системы, активизируется и парасимпатический отдел, который в ситуации стресса должен «спать». При этом может, например, наблюдаться диарея на фоне повышенного давления. Существует еще одна категория людей, у которых в ситуации стресса активизируется парасимпатический отдел, отвечающий за усиление работы пищеварительной системы, снижение артериального давления, замедление дыхания (что в норме должно наблюдаться в состоянии покоя, сна), и тогда человек может потерять сознание или страдать от спазмов желудочно-кишечного тракта. Нередко реакции организма на стресс передаются по наследству от одного или обоих родителей. Человеческие реакции на стресс напоминают реагирование животных в ситуации опасности – одни спасаются бегством, другие нападают, третьи – прикидываются мертвыми (Бодров, 2006).

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

Психосоматические заболевания – это физические заболевания или нарушения, причиной возникновения которых является аффективное напряжение (конфликты, недовольство, душевные страдания и др.), т.е. психогенный фактор. Г.М. Покалев описывает у психосоматических больных около 150 симптомов и 32 синдрома клинических нарушений. Наиболее частые симптомы психосоматических функциональных расстройств: кардиалгии, астения, невротические расстройства, головная боль, нарушение сна, головокружения, дыхательные расстройства, сердцебиения, похолодание рук и ног, вегетативно-сосудистые пароксизмы, дрожание рук, внутренняя дрожь, кардиофобии, миалгии, боли в суставах, отёчность тканей, перебои в работе сердца, ощущение жара в лице, субфебрилитет, ортостатическая гипотензия, обмороки, психогенные кашель и одышка. Наиболее устойчивые признаки: кардиалгии; сердцебиения; сосудистая дистония; вегетативные дисфункции; дыхательные расстройства; системно-невротические нарушения. Нередко встречаются и такие проявления ВСД как синдром раздраженного кишечника, учащенное мочеиспускание. Особого внимания требует проведение дифференциальной диагностики с соматическими заболеваниями, тревожно-депрессивными и ипохондрическими расстройствами (Кулаков, 2003).

В медицинской психологии выделяют следующие виды психосоматических расстройств:

а) психосоматические заболевания, связанные с морфологическими изменениями в органах (язва желудка, неспецифический язвенный колит, первичная гипертензия, бронхиальная астма, ревматоидный артрит, сахарный диабет, нейродермиты и др.);

б) функциональные психосоматические расстройства (вегетососудистая дистония (нейроциркуляторная дистония), мигрень, психогенное заикание, психогенный энурез, энкопрез, нервные тики, психогенная рвота, аноргазмия и др.);

в) психогенные расстройства, обусловленные особенностью личности (алкоголизм, наркомания, нарушение пищевого поведения (анорексия, булимия), остеохондроз, хронический травматизм и др.).

По форме проявления психосоматических расстройств выделяют:

1) психосоматические реакции (встречаются у здоровых людей как единичные, изолированные реакции организма на те или иные стрессовые факторы). Примером этих реакций являются учащение мочеиспускания и диарея у студентов перед трудными экзаменами. В то же время при определенных условиях эти единичные психосоматические реакции могут стать началом психосоматического заболевания.

2) психосоматические состояния (более длительные нарушения функций органов – от нескольких дней до нескольких месяцев).

3) психосоматические заболевания (устойчивые психосоматические расстройства, связанные с длительными морфо-функциональными нарушениями органов, систем органов) (Старшенбаум, 2005).

Люди, страдающие психосоматическими расстройствами, имеют такие личностные особенности как повышенная тревожность и мнительность, лабильность эмоций, склонность к депрессии, нарушение социальной и психофизиологической адаптации, ригидность, повышенная ответственность, средний или высокий уровень интеллекта, неэффективные механизмы психологической защиты и копинг-стратегии (Курпатов, 2007; Дусказиева, 2011). Следует предположить, что и стрессоустойчивость психосоматических пациентов будет отличаться от здоровых людей.

Учитывая тот факт, что психосоматические расстройства часто являются следствием психофизиологической реакции (нередко, спустя несколько недель или даже месяцев) на стресс, то для нас представляет научный интерес изучение стрессоустойчивости и особенностей совладания со стрессом у данной категории пациентов.

Защитно-совладающая система представлена совокупностью механизмов психологической защиты и копинг-стратегий поведения, которые использует человек для преодоления стресса (Маликова, 2008).

Так как пациенты с психосоматическими расстройствами более чувствительны к стрессу, можно предположить, что их защитно-совладающая система будет качественно отличаться от здоровых людей.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено исследование на базе Краевого госпиталя инвалидов ВОВ, Городской клинической больницы № 20 им. Берзона И.С., Университетской клиники КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого г. Красноярска.

Целью исследования стало изучение особенностей совладания со стрессом пациентов с психосоматическими расстройствами (в сравнении со здоровой выборкой).

Задачи исследования:

1. Определить уровень стрессоустойчивости психосоматических пациентов.

2. Оценить риск развития психосоматических расстройств у мужчин и женщин экспериментальной и контрольной выборки.

3. Выявить доминирующие механизмы психологической защиты у мужчин и женщин, страдающих психосоматическими расстройствами.

4. Определить ведущие копинг-стратегии поведения у мужчин и женщин, страдающих психосоматическими расстройствами.

Для изучения стрессоустойчивости использовалась «Методика стрессоустойчивости и социальной адаптации» Холмса-Раге. Исследование защитно-совладающей системы пациентов с психосоматическими расстройствами проводилось с помощью следующих методик: «Диагностика предпочтительных копинг-стратегий» (Э.Хейм, адапт. Л.И. Вассерманом), позволяющая выявить преобладающие копинг-стратегии и «Методика выявления психологических защит» (Келлерман-Плутчик), направленная на исследование механизмов психологической защиты.

В эксперименте принимали участие 120 человек в возрасте от 18 до 40 лет, из них 60 мужчин (30 – с психосоматическими расстройствами и 30 – здоровых) и 60 женщин (30 – с психосоматическими расстройствами и 30 – здоровых). Таким образом, были сформированы две группы: экспериментальная (60 человек с психосоматическими расстройствами) и контрольная (60 человек здоровых). Выборка здоровых представлена группой людей, не имеющих психосоматических расстройств и обострения хронических заболеваний и/или острых заболеваний органов и систем органов за последние 2 года.

Результаты исследования стрессоустойчивости представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Сравнительная характеристика стрессоустойчивости пациентов с психосоматическими расстройствами и здоровых людей, (%)

Параметры		Пациенты с психосоматическими расстройствами		Здоровые	
		женщины	мужчины	женщины	мужчины
Стрессоустойчивость	Высокая	30	17	57	66
	Пороговая	30	30	36	27
	Низкая	40	53	7	7
Риск психосоматики	< 50%	17	13	27	34
	= 50%	30	24	56	60
	> 50%	53	63	17	6

Эксперимент показал, что пациенты с психосоматическими расстройствами отличаются более низкой стрессоустойчивостью в сравнении с группой здоровых людей. При этом наиболее высокая сопротивляемость стрессу наблюдается у здоровых мужчин, а наиболее низкая – у мужчин с психосоматическими расстройствами.

Риск развития психосоматики более 90% наблюдается у 53% женщин и 63% мужчин экспериментальной выборки, в то время как у здоровой выборки он не превышает 17%. Риск психосоматики менее 50% характерен для 27% женщин и 34% мужчин из здоровой выборки, в то время как в группе пациентов с психосоматическими расстройствами он наблюдается лишь у 17% женщин и 13% мужчин. Полученные данные также указывают на большую предрасположенность к психосоматическим заболеваниям мужчин из экспериментальной группы.

Результаты нашего исследования также показали, что у пациентов с психосоматическими расстройствами обоюбого пола доминирующим механизмом психологической защиты является проекция (57% - мужчин, 83% - женщин), в то время как у здоровых людей механизмы психологической защиты зависят от пола: женщины проявляют чаще компенсацию (47%), стараясь заменить недостающее (что может, например, проявляться в фантазиях), а мужчины – вытеснение (50%), что проявляется в невольной забывчивости того, что для них неприятно.

Мы выявили преобладающий тип механизмов психологической защиты у пациентов с психосоматическими расстройствами – им является проекция. Это говорит о том, что психосоматические пациенты (не всегда осознанно) приписывают собственные неприемлемые переживания другим людям. Учитывая тот факт, что проекция как механизм психологической защиты нередко ведет к «застреванию» на чем-либо (например, какой-нибудь неприятной идее, неприятной мысли) и не способствует разрешению внутриличностного конфликта (Михайлова, Соломин, 2008), то можно предположить, что именно «застревание» не позволяет человеку снизить уровень тревожности и выйти из замкнутого «психосоматического круга». Если для людей с психосоматическими расстройствами характерен механизм психологической защиты, искажающий содержание неприемлемых желаний, мотивов, то для здоровых мужчин – механизм, связанный с отсутствием переработки информации о психотравмирующем событии (они вытесняют, забывают неприятную информацию, не затрачивая при этом много энергии на ее переработку), а для здоровых женщин – манипулятивный механизм, помогающий компенсировать недостающее (например, с помощью фантазии), с целью повышения чувства собственной значимости и контроля над окружением.

При изучении преобладающих копинг-стратегий поведения можно наблюдать в обеих группах арсенал адаптивных, относительно адаптивных и неадаптивных копингов, однако имеются качественные различия. Среди когнитивных копинг-стратегий поведения для пациентов с психосоматическими

тическими расстройствами характерны: проблемный анализ – у женщин (70%), установка собственной ценности и придание смысла – у мужчин (37%). В здоровой же выборке наблюдается стремление сохранить самообладание независимо от пола (женщины – 40%, мужчины – 33%). Преобладающие эмоциональные копинг-стратегии у мужчин с психосоматическими расстройствами – подавление эмоций (40%) и оптимизм (37%), у женщин с психосоматическими расстройствами – оптимизм (33%). Для здоровых людей характерны: оптимизм (50% мужчин), пассивная кооперация (33% женщин) и эмоциональная разрядка (37% женщин). В поведенческих копинг-стратегиях мы наблюдаем преобладание обращения у здоровых (70% женщин, 40% мужчин), в то время как психосоматические пациенты проявляют отвлечение (40% женщин) и сотрудничество (37% мужчин) с избеганием (33% мужчин).

Выводы:

1. Результаты исследования показали, что пациенты с психосоматическими расстройствами имеют более низкую стрессоустойчивость и более высокую предрасположенность к психосоматическим расстройствам (в сравнении со здоровыми).

2. Выявлена гендерная специфика стрессоустойчивости – у мужчин с психосоматическими расстройствами она значительно ниже, чем у женщин экспериментальной группы и здоровых людей обоего пола. Кроме того, у мужчин в ситуации стресса будут чаще наблюдаться психосоматические расстройства. Возможно, это связано с более частым подавлением мужчинами эмоций вследствие гендерных стереотипов и ожиданий социума (если мужчина не разрешает себе слез, то «плачут» его органы и системы органов).

3. Чувства агрессии, тревоги и обиды в силу особенностей характера пациентов с психосоматическими расстройствами неотреагируются должным образом, и происходит их соматизация. Накладываясь на уже имеющуюся ослабленность вегетативной нервной системы, они проявляются в различных психосоматических симптомах – от периодически возникающих колющих точечных болей в сердце после перенесенного стресса до вегетативных кризов (панических атак).

4. Совладание со стрессом у психосоматических пациентов имеет гендерную специфику. Для женщин с психосоматическими расстройствами характерны противоречивые тенденции: при стрессе они проявляют стремление отвлечься, заняться проблемным анализом и оптимизм. Здоровые женщины ведут себя более гибко, «пассивно кооперируясь» при стрессе, позволяя себе периодически эмоционально разряжаться, но со-

храня при этом самообладание. Мужчины с психосоматическими расстройствами стараются сохранять оптимизм и искать сотрудничество, однако, высокие показатели установки собственной ценности, избегания и подавления эмоций не позволяют им отреагировать на напряжение и конструктивно вести себя в стрессовой ситуации.

Обобщая вышеизложенные результаты исследования, можно сделать вывод о качественно иной защитно-совладающей системе у пациентов с психосоматическими расстройствами в сравнении со здоровыми людьми.

Список литературы

1. Безносюк Е. В., Соколова Е. Д. Механизмы психологической защиты // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2006. Т.97, №2. С. 44-48.
2. Бодров В. А. Психологический стресс: Развитие и преодоление. М.: ПЕР СЭ, 2006. 528 с.
3. Дусказиева Ж. Г. Особенности защитно-совладающей системы у пациентов с вегетососудистой дистонией // Актуальные проблемы психологии и педагогики : материалы Всерос. науч. конф. с междунар. участием: 19 мая, 2011 г. / под ред. В. Г. Печерского, Н. В. Зайцевой. Саратов: Изд-во СГСЭУ, 2011. С. 137-139.
4. Дусказиева Ж. Г. Особенности стрессоустойчивости пациентов с вегетососудистой дистонией [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. №3 (14). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 02.09.2016).
5. Дусказиева Ж. Г., Лисняк М. А. Эффективные копинг-стратегии как жизненный ресурс // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал : материалы Междунар. науч.-практ. конф. (г. Красноярск, 28-29 нояб. 2014 г.) / гл. ред. И. О. Логинова. Красноярск : тип. КрасГМУ. 2014. С. 134-141.
6. Кулаков С. А. Основы психосоматики. СПб: Речь, 2003. 288 с.
7. Курпатов А. В. Паническая атака и невроз сердца. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. 224 с.
8. Психологическая защита: направления и методы : учеб. пособие / Т. В. Маликова, Л. А. Михайлов, В. П. Соломин, О. В. Шатрова. СПб.: Речь, 2008. 231 с.
9. Менегетти А. Психосоматика : новейшие движения : пер. с итал. М. : БФ «Онтопсихология», 2007. 354 с.
10. Покровская Н. В. Вегетососудистая дистония. М.: АСТ; СПб.: Сова, 2009. 128 с.
11. Ромасенко Л. В., Веденяпина О. Ю., Вербина А. В. К характеристике психосоматических отношений у больных нейрциркуляторной дистонией // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4, № 1. С. 12.
12. Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия: Исцеление души и тела. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2005. 496 с.
13. Дусказиева Ж. Г., Смирнова Ю. М., Ткачук И. Ю. Особенности локус-контроля у людей с вегетососудистой дистонией // 76-я итоговая студенческая научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 90-летию со дня рождения проф. Л.Л. Роднянского (24-27 апреля). Красноярск : тип.КрасГМУ. 2012. С. 544-547.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

И. Л. Гуреева, Е. Р. Исаева
ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России,
г. Санкт-Петербург, Россия

Аннотация: данная работа посвящена исследованию психологических особенностей и отношения к здоровью у пациентов с психосоматическими заболеваниями на примере пациентов с артериальной гипертензией. В основу исследования легло предположение о том, что важно изучать картину здоровья не только у здоровых лиц, но и у людей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, для которых категория «здоровье» может иметь особое значение. Вместе с этим интересно проследить соотношение параметров отношения к здоровью с уровнем комплаентности к лечению.

Ключевые слова: здоровье, тревожность, качество жизни, иррациональные установки, отношение к здоровью.

Категория «отношения» — одно из центральных понятий в концепции «психологии отношений», зародившейся еще в начале XX в. в школе В. М. Бехтерева. Первоначально она была очерчена А. Ф. Лазурским и С. П. Франком (1912 г.), в дальнейшем психология отношений получила свое развитие в работах В. Н. Мясищева (Мясищев, 1995). Основное положение данной концепции заключается в том, что психологические отношения человека представляют целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности. (Лаптев, 2000). Формирование отношения к здоровью — процесс весьма сложный, противоречивый и динамичный, который обусловлен двумя группами факторов:

-внешними (характеристики окружающей среды, в том числе особенности социальной микро- и макросреды, а также профессиональной среды, в которой находится человек);

-внутренними (индивидуально-психологические и личностные особенности человека, а также состояние его здоровья) (Гуреева, 2012).

Возникшее отношение не остается неизменным, оно непрерывно изменяется с приобретением нового жизненного опыта. Изменчивость системы отношений — скорее правило, а не исключение. Вместе с тем кор-

рекция неблагоприятных аспектов того или иного отношения – длительный и подчас весьма болезненный для личности процесс, сопряженный с преодолением внутренних конфликтов и негативных эмоциональных переживаний (Изард, 2012).

Здоровье занимает одно из ведущих мест в системе ценностей человека (Маслоу, 2013). На современном этапе научного развития, который характеризуется сменой глобальной медицинской парадигмы с патоцентрической на санцентрическую, система представлений о здоровье человека рассматривается как расширенная концепция, включающая в себя как понятие «здоровье», так и понятие «болезнь». В рамках этой концепции данные понятия являются взаимосвязанными, а не взаимоисключающими (Лурия, 2012). В связи с этим особое значение приобретает целенаправленное формирование правильного отношения к здоровью на ранних этапах развития личности (особая роль отводится семейному воспитанию и обучению в начальной школе) (Ларенцова, 2014).

Интерес к проблемам здоровья и поведения стал расти во второй половине XX века, когда на первые места в структуре смертности и заболеваемости вышли болезни, вызванные не экзогенными (внешними), а эндогенными (внутренними) поведенческими причинами (Никифоров, 2003).

Эффективной технологией профилактической помощи являются школы пациентов. Школа — это новые информационно-мотивационные технологии, которые должны способствовать повышению приверженности пациентов к лечению, сформировать у них мотивацию к сохранению своего здоровья активную поведенческую позицию в поддержании здорового образа жизни и повысить ответственность пациента (Сельчонок, 2001). Одна из важных задач, которую должны решать школы пациентов – это формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на их здоровье поведенческих факторов риска (питание, двигательная активность, управление стрессом, отказ от вредных привычек) (Demakis, 2010).

Актуальность изучения «отношения к здоровью» на уровне индивидуального сознания обуславливается рядом причин. Во-первых, все большее беспокойство вызывают неблагоприятные тенденции состояния здоровья всех возрастных групп населения. Во-вторых, сегодня состояние здоровья российского населения приближается к тому рубежу, за которым, речь может идти об угрозе национальной безопасности. В-третьих, низкий уровень санитарно-гигиенической культуры населения при отсутствии государственной идеологии здоровья, обуславливает рост негативных видов поведения, связанных со здоровьем (Васильева, 2001).

В этой связи актуальным является изучение картины здоровья не только у здоровых лиц, но и у людей, страдающих хроническими соматическими или иными заболеваниями, для которых категория «здоровье» должна была бы иметь, казалось бы, несколько иное, особое значение. Научный интерес может представлять также сопоставление отношение к здоровью с отношением к собственному заболеванию и уровнем комплаентности к лечению.

Целью нашего исследования явилось изучение отношения к здоровью у пациентов с артериальной гипертензией, как пример страдания одной из форм психосоматического расстройства. Для достижения поставленной цели были сформулированы задачи:

1. Оценить степень удовлетворенности своим здоровьем и качеством жизни, а также уровень приверженности к лечению у пациентов с артериальной гипертензией.

2. Выявить уровень тревоги и депрессии у пациентов, находящихся на стационарном лечении в связи с обострением своего основного заболевания.

3. Исследовать уровень субъективного контроля и установки в отношении здоровья у обследуемых пациентов.

4. Определить специфику механизмов психологической адаптации: копинг-стратегий и защитных механизмов у пациентов.

5. Определить и конкретизировать направления психологической коррекции для пациентов с психосоматическими расстройствами.

Для решения поставленных задач исследования использовался следующий комплекс методик: шкала оценки ситуативной и личностной тревожности (Ч. Спилбергер-Ю. Ханин), госпитальная шкала тревоги и депрессии ХАДС, методика «Иррациональные убеждения» А. Эллиса (вариант Х. Кассинова и Э. Бергера), методика для изучения механизмов психологической защиты Келлермана-Плутчика «Индекс жизненного стиля» (в адапт. НИИ им. В. М. Бехтерева), опросник Р.Лазаруса для изучения копинг-стратегий «ССП» (в адапт. НИИ им. В. М. Бехтерева), шкала оценки уровня удовлетворенности качеством жизни Н.Е. Водопьяновой, методика самооценки здоровья Дембо-Рубинштейн, анкета «Отношение к здоровью».

Исследование проведено на базе психосоматического отделения Введенской городской больницы. В нем приняли участие 62 пациента, страдающих артериальной гипертензией 2 степени и ожирением 1-2 степени. Средний возраст обследованных пациентов составил 49 лет.

- При исследовании выраженности тревожно-депрессивных проявлений у пациентов, находившихся на момент обследования на стационар-

ном лечении, обнаруживался высокий уровень тревожности как личностной ($M=54\pm6$), так и ситуативной ($M=55\pm7$). Депрессивные проявления не были выражены.

- При исследовании иррациональных установок отмечается средний уровень выраженности нереалистичных (иррациональных) убеждений в системе отношений личности. Установлено, что пациенты воспринимают многие жизненные события негативно, преувеличивая их трагичность и значимость, часто ставят свое здоровье и благополучие в зависимость от внешних ситуаций и окружающих людей. Необходимо отметить также, что пациенты очень требовательно относятся к окружающим людям, у большинства из них, обнаруживалась низкая фрустрационная толерантность, проявлявшаяся в низкой устойчивости к стрессам, к изменениям окружающего мира и нежелательным событиям.

Таблица 1 - Показатели уровня выраженности иррациональных убеждений пациентов с артериальной гипертензией ($n=62$)

Шкалы	Среднее значение (M)	Ст. отклонение (CD)
Кагастрофизация	27,9	5,072
Долженствование в отношении себя	26,9	6,366
Долженствование в отношении других	28,8	4,857
Низкая фрустрационная толерантность	30,7	5,504
Самооценка	28,9	6,296

При исследовании защитно-совладающего поведения было установлено, что у пациентов наиболее выраженными были механизмы психологической защиты – компенсация ($M=95\pm8$), вытеснение ($M=87\pm9$), регрессия ($M=80\pm9$), реактивное образование ($M=76\pm6$) и отрицание ($M=61\pm5$); наиболее часто используются копинг-стратегии – принятие ответственности ($M=91\pm10$), планирование решения проблемы ($M=77\pm8$), поиск социальной поддержки ($M=72\pm5$), самоконтроль ($M=67\pm9$) и положительная переоценка ($M=61\pm6$). В целом, стиль совладания со стрессовыми событиями у пациентов с артериальной гипертензией характеризуется игнорированием, стремлением к отрицанию имеющихся проблем, а если игнорировать более не удастся, то преобладают эмоционально-фокусированные стратегии преодоления, позитивная переоценка и активные поведенческие усилия по разрешению проблемы, наблюдается высокая потребность в социальной поддержке.

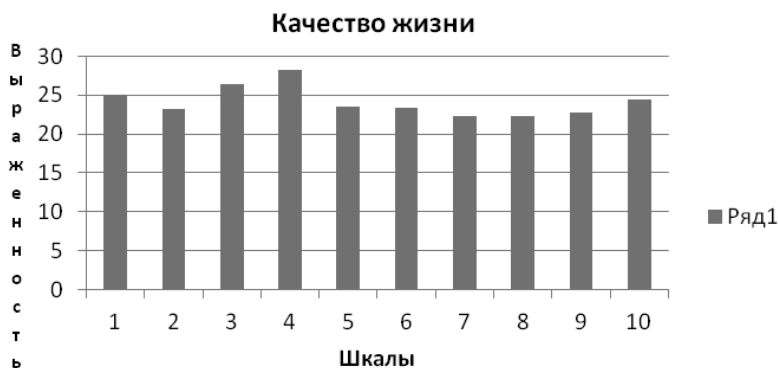


Рис. 1. Средние значения показателей оценки качества жизни

Исследование удовлетворенности качеством жизни показало, что пациенты критично относятся ко многим сферам своей жизни. Низкие показатели удовлетворенности были обнаружены по шкалам: личные достижения, здоровье, оптимизм, самоконтроль, положительные эмоции. В результате чего можно говорить о том, что пациенты, страдающие артериальной гипертензией, довольно часто испытывали отрицательные эмоции по поводу своего здоровья, а также склонны были пессимистично оценивать свою жизненную ситуацию. Можно предположить, что существуют сложности осмысления своей жизни, так как общий индекс удовлетворенности своей жизнью и своим существованием очень низкий ($M=21\pm 4$).

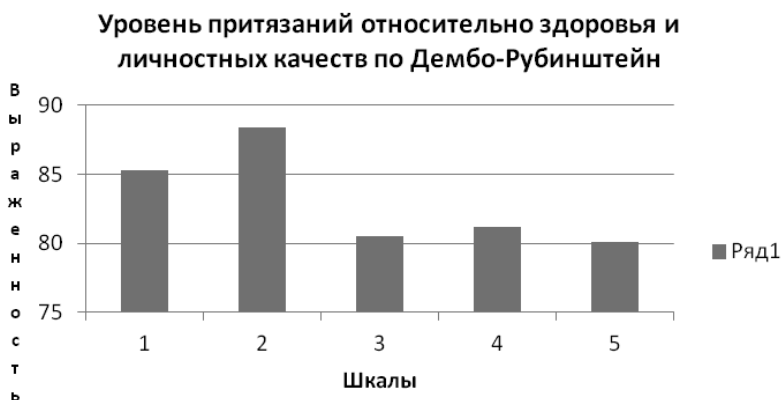


Рис. 3. Средние значения показателей по методике Дембо-Рубинштейн

При исследовании отношения к своему здоровью с помощью шкалы Дембо-Рубинштейн и анкеты на отношение к здоровью четко прослеживается экстернальность (внешний локус контроля) в отношении своего здоровья и низкая комплаентность в лечении на фоне завышенных требований к понятию «здоровье». Пациенты плохо различают сигналы предболезни, обращают внимание на свое состояние уже при наступлении собственно болезни. В оценке качества жизни пациенты, прежде всего, обращают внимание на свое физическое самочувствие: полноценность сна, аппетит, бодрость (или слабость), болевые ощущения и др. И реже оценивалось пациентами психологическое состояние, вероятно оно не входило в их представления о здоровье.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить, что для пациентов с артериальной гипертензией характерен высокий уровень тревожности, как преобладающего эмоционального состояния, так и устойчивого свойства личности. Наблюдаются недовольство и низкая удовлетворенность качеством своей жизни, недостаточно реалистичные, т.е. иррациональные установки в отношении здоровья (катастрофизация, низкая фрустрационная толерантность, долженствование в отношении других). Также отмечается низкая комплаентность в отношении лечения и экстернальный локус контроля, особенно в отношении своего здоровья. Имея в представлении завышенный идеал здоровой личности, пациенты редко демонстрируют активную позицию в отношении сохранения здоровья, в которой ответственность за свое здоровье несет непосредственно сам человек.

Полученные результаты позволили определить наиболее актуальные направления психокоррекционных и психотерапевтических воздействий для пациентов с психосоматическими расстройствами с учетом их личностных особенностей:

1) Необходимо инициировать пациентов на формирование культуры здоровья и личной ответственности за свое здоровье, как можно раньше формировать у человека мотивацию к использованию оздоровительных технологий в течение всей жизни;

2) Необходимо повышать уровень информированности пациентов относительно своего заболевания, обсуждать доступные способы поддержания здоровья, больше времени посвящать этому на занятиях «школы пациентов», внедряя активные формы обсуждения, например, метод мотивационного интервью;

3) Стратегии психотерапевтического воздействия необходимо направить на нивелирование тревожных проявлений у обследуемых пациентов, например, эффективным может стать комплекс упражнений по психоэмоциональной саморегуляции.

4) Особенно важно в психотерапевтической работе с такими пациентами разрабатывать программы, направленные на коррекцию иррациональных установок в отношении здоровья и лечения.

Список литературы

1. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. М.: Изд. центр «Академия», 2001. 352 с.
2. Гуреева И. Л., Исаева Е. Р. Психологическое состояние пациентов в период ожидания хирургической операции протезирования клапанов сердца в условиях искусственного обращения // Вестник Южно-Уральского Государственного Университета. Серия «Психология». 2012. № 45 (304). Вып. 19. С. 83-87.
3. Изард К. Психология эмоций. СПб.: Питер, 2002. 464 с.
4. Лаптев А. А. Психология здоровья. М.: Медицина, 2000. 873 с.
5. Ларенцова Л. И., Смирнова Н. Б. Психология взаимоотношений врача и пациента. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 152 с.
6. Лурия А. Р. Лекции по общей психологии. СПб.: Питер, 2012. 319 с.
7. Маслоу А. Г. Мотивация и личность. СПб.: Питер, 2009. 352 с.
8. Мясищев В. Н. Психология отношений: избранные психологические труды. М.; Воронеж, 1995. 356 с.
9. Психологические методы обретения здоровья : хрестоматия / сост. К. М. Сельчонок. Минск : Харвест, 2001. 720 с.
10. Психология здоровья : учебник для вузов / под. ред Г. С. Никифорова. СПб.: Питер, 2003. 606 с.
11. Demakis G. L., Hammond F. M., Knotts A. Prediction of depression and anxiety 1 year after moderate-severe traumatic brain injury // Appl. Neuropsychol. 2010. Vol.17, № 3. P. 87-91.

УДК 616.24:612.67

ВЛИЯНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-БЫТОВЫХ УСЛОВИЙ ПАЦИЕНТОВ НА УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Е. В. Козлов

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

Аннотация: существует масса работ, посвященных хронической обструктивной болезни легких и артериальной гипертонии, но остаются,

слабо освещены вопросы влияния материально-бытовых условий пациентов на уровень тревожно-депрессивных расстройств у лиц в сочетании данных патологий. По результатам данной работы у пациентов с низким прожиточный минимум и неблагоприятными условиями проживания зафиксированы более высокие среднебалльные показатели ситуативной и личностной тревоги, а также высокие значение по шкале CES-D, что усугубляет течение данных патологий.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, артериальная гипертония, материально-бытовые условия.

Актуальность. Тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) занимают первое место по распространенности среди всех психических расстройств, становятся одной из основных причин преждевременного снижения трудоспособности и других ограничений социально активной жизни человека (Штарик, 2010).

В части случаев ТДР развиваются вторично, как реакция больных на различные соматические заболевания. Однако независимо от того, страдал ли больной ТДР до развития соматического заболевания или она развилась вторично, депрессия значительно отягощает клиническое течение данной болезни, затрудняет проведение реабилитации и вторичной профилактики, ухудшает КЖ больных и отрицательно влияет на прогноз (Гарганеева, 2010).

Важно отметить, что ХОБЛ склонна к прогрессированию, протекает с обострениями, приводит к хронификации стресса и может сопровождаться существенными ограничениями во всех составляющих нормального существования человека (Чазов, 2013; Ли, 2013; Welte, 2013; Sin, 2013; Аксенова, 2014). В свою очередь эти ограничения могут оказаться важнее для больного, чем сами симптомы заболевания.

Перспективные исследования последних лет в кардиологической практике, свидетельствуют, что ТДР являются независимыми факторами риска развития артериальной гипертонии (АГ), а также наиболее серьезных сердечно-сосудистых осложнений – инфаркта миокарда и мозговых инсультов (Василькова, 2014; Козлов, 2014).

Постановка проблемы. Существует масса работ (Mancia, 2013), посвященных данной патологии, но слабо освещены вопросы влияния материально-бытовых условий пациентов на уровень ТДР у лиц страдающих ХОБЛ в сочетании с АГ, что несомненно требует дальнейшего изучения, ведь прогрессирующие клиничко-функциональные нарушения сопровождаются не только ограничением физической активности и повседневной

деятельности, но и растущими психосоциальными проблемами, которым врачи уделяют, как правило, недостаточно внимания.

В связи с чем нами была поставлена цель: изучить влияние материально-бытовых условий пациентов на уровень тревожно-депрессивных расстройств у лиц страдающих хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с артериальной гипертонией.

Материал и методы исследования. Исследование проведено в пульмонологическом отделении больницы скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича г. Красноярска.

Для достижения цели исследования было обследовано 84 пациента мужского пола со II-IV стадиями ХОБЛ в возрасте 40-74 лет. Из них пациентов с ХОБЛ, не страдающих АГ (1 группа) - 27 чел., средний возраст 59,0 [52,0-68,0] лет, ХОБЛ в сочетании с АГ (2 группа) - 57 чел., средний возраст 63,0 [57,0-69,0] лет. Группу контроля (3 группа) составили 40 пациента мужского пола с эссенциальной АГ, средний возраст 60,0 [56,0-64,5] лет. Группы по возрасту сопоставимы, $p > 0,05$. По стажу и степени АГ группы были сопоставимы (табл. 1).

Таблица 1 - Стаж артериальной гипертонии у пациентов основной группы и группы контроля (Ме [Q25-Q75])

Степень АГ	Стаж артериальной гипертонии, лет		
	ХОБЛ и АГ	АГ	p
1	4,0 [2,0-10,0] 29 чел.	6,0 [4,0-7,0] 31 чел.	p=0,88
2	8,0 [4,0-11,0] 34 чел.	6,0 [5,0-10,0] 13 чел.	p=0,85

Диагноз и степень тяжести ХОБЛ устанавливали в соответствии с критериями, изложенными в докладе рабочей группы GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, update 2014). АГ диагностировалась согласно критериям всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК 2013 г.). Все больные были обследованы в период ремиссии болезни.

Для исследования тревожности как состояния (ситуативной тревожности) и тревожности как свойства (личностной тревожности) использовался опросник Ч.Д. Спилбергера (1950), адаптированный Ю.Л.Ханиным (1978). Всем обследуемым проводилось анкетирование для выявления у пациентов депрессивного расстройства с использованием шкалы CES-D (Center of Epidemiological studies of USA-Depression, разработанный в США в 1977 г.).

Обработку полученных данных проводили используя программы «Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США), с использованием непараметрических критериев Манна-Уитни, Краскэла-Уоллиса, Пирсона (χ^2). Достоверным считался уровень значимости при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от стадии ХОБЛ уровень как ситуативной тревожности (СТ), так и личностной (ЛТ) прямо пропорционально увеличивался и соответствовал у пациентов с ХОБЛ II ст. 37,0 [33,0-43,0] и 38,0 [32,0-45,0], ХОБЛ III ст. 47,5 [39,0-52,0] и 45,5 [41,0-53,0], ХОБЛ IV ст. 52,5 [43,0-64,5] и 55,0 [47,0-60,5], соответственно ($p < 0,05$).

ХОБЛ склонна к прогрессированию, протекает с обострениями, что по нашим данным несомненно приводит к повышению уровня СТ и ЛТ. У пациентов с впервые диагностированной ХОБЛ уровень СТ составил 40,0 [33,0-48,0], ЛТ 38,0 [33,0-45,0]. С увеличением продолжительности заболевания прямопропорционально увеличивался уровень СТ и ЛТ: течение заболевания 1-3 года уровень СТ 47,0 [37,0-52,0], ЛТ 46,0 [39,0-53,0], более 3-х лет 53,0 [42,0-61,0] и 53,0 [47,0-58,0], соответственно, $p < 0,05$. ЛТ у больных ХОБЛ, в целом, преобладает над ситуативной. По словам пациентов, в момент нахождения в больнице они чувствуют себя более уверенно, чем дома. Это связано с тем, что в ситуации лечения они меньше чувствуют себя обузой для близких, меньше переживают за свое состояние, так как в любой момент им может быть оказана медицинская помощь.

Сравнительный анализ тревожности показал, что у пациентов с ХОБЛ в сочетании и без АГ были зафиксированы более высокие показатели уровня как СТ, так и ЛТ, в сравнении с группой контроля ($p < 0,05$). У пациентов 1-й группы уровень СТ и ЛТ составил 44,0 [35,0-53,0] и 47,0 [35,0-53,0], 2-й группы - 47,0 [39,0-57,0] и 46,0 [40,0-55,0], 3-й группы - 39,0 [32,0-43,5] и 39,0 [33,5-43,5], соответственно.

Жилищные условия – одна из важнейших жизненных составных. «То, как удовлетворяется потребность в жилье, - писал Ф. Энгельс, - может служить мерилем того, как удовлетворяются все остальные жизненные потребности». Было проанализировано влияние жилищно-бытовых условий на уровень тревоги у обследуемой когорты больных из расчета имеющихся жилых квадратных метров на одного члена семьи. В соответствии со статьей 38 Жилищного кодекса РФ норма жилой площади равна 12 метров квадратных в расчете на одного человека (табл. 2).

Таблица 2 - Сравнительный анализ показателей уровня ситуативной и личностной тревожности в исследуемых группах в зависимости от жилой площади квартиры (Ме [Q₂₅-Q₇₅])

	1-я группа ХОБЛ, n=25 чел.		2-я группа ХОБЛ + АГ, n=49 чел.		3-я группа АГ, n=40 чел.	
	жилая площадь квартиры из расчета на одного члена семьи					
	Менее 12 м ² n=7 чел.	Более 12 м ² n=18 чел.	Менее 12 м ² n=9 чел.	Более 12 м ² n=40 чел.	Менее 12 м ² n=0 чел.	Более 12 м ² n=40 чел.
СТ	46,0* [42,0-57,0]	44,0 **.^ [33,0-53,0]	48,0 *.^ [38,5-57,5]	43,0**.^ [40,0-52,0]	-	39,0 ^.^ [32,0-43,0]
	p=0,26		p=0,7			
	p*=0,41		p**=0,13	p^=0,05	p^^<0,001	
ЛТ	50,5* [46,0-53,0]	44,0 **.^ [32,0-54,0]	47,0 *.^ [39,5-55,5]	42,0**.^ [41,0-46,0]	-	39,0 ^.^ [33,0-43,0]
	p=0,18		p=0,49			
	p*=0,19		p**=0,15	p^=0,13	p^^<0,05	

Среди всей обследуемой когорты больных, страдающих ХОБЛ в сочетании и без АГ, 10 чел. проживали в частном доме, при этом у всех лиц электричество в квартиры было проведено, но отсутствовало центральное отопление и водоснабжение. Ввиду малой выборки статистически значимых различий по уровню СТ и ЛТ в сравнении с пациентами, проживающими в благоустроенных квартирах, получено не было, но хочется отметить, что среди данных 10 пациентов крайне тяжелое течение ХОБЛ (ОФВ₁ 27% [23,5-28,5], индекс Тиффно 57,5% [50,5-59,0]) зафиксировано у 4 больных, у остальных 6 чел. зафиксировано тяжелое течение ХОБЛ (ОФВ₁ 37% [32,0-43,0], индекс Тиффно 58,5% [53,0-65,0]). У пациентов с крайне тяжелым течением ХОБЛ отмечается в большей степени влияние основных факторов риска на течение заболевания, так стаж курения составил 44,0 [41,0-53,0] и 34,0 [30,0-46,0] лет, интенсивность курения (пачка/лет) 61,5 [53,0-91,5] и 45,8 [34,5-74,0] соответственно, время проведения у открытого огня в день, с использованием различного вида топлива составил 60,0 [45,0-75,0] мин. и 45,0 [30,0-60,0] мин.

Более высокий уровень СТ и ЛТ был у пациентов 1-й и 2-й группы, проживающих в квартире, где жилая площадь из расчета на одного члена семьи составляет менее 12 м², что, вероятно, обусловлено жилищно-бытовыми условиями проживания (как один из факторов риска развития ХОБЛ (GOLD, Last update 2014).

Высокий, выше среднего, средний и очень низкий прожиточный минимум на одного члена семьи в исследуемых группах был зафиксирован в единичных случаях, что было статистически незначимо. В связи с чем, нами произведена оценка влияния среднего и низкого прожиточного минимума у данной когорты пациентов на уровень тревожности (табл. 3). У пациентов 1-й и 2-й группы с низким прожиточным минимумом зафиксированы высокие показатели уровня как СТ, так и ЛТ, в сравнение с группой контроля ($p < 0,05$), что несомненно влияет не только на развитие тревожных расстройств, но и на течение основной патологии (ХОБЛ), что позволяет расценивать данный факт как фактор риска у данных больных.

Таблица 3 - Сравнительный анализ показателей уровня ситуативной и личностной тревожности в исследуемых группах в зависимости от среднего прожиточного минимума пациентов ($Me [Q_{25}-Q_{75}]$)

Средний прожиточный минимум из расчета на одного члена семьи	1-я группа ХОБЛ		2-я группа ХОБЛ + АГ		3-я группа АГ	
	СТ	ЛТ	СТ	ЛТ	СТ	ЛТ
средний	n=8 чел.		n=11 чел.		n=22 чел.	
	35,5 [31,5-51,0]	34,5 [27,5-46,5]	44,0 [33,0-56,0]	45,0 [38,0-54,0]	36,5 [31,0-41,0]	39,5 [34,0-43,0]
СТ: $p_{1,2}=0,3$ $p_{2,3}=0,06$		$p_{1,3}=0,8$	$p_{2,3}=0,1$	ЛТ: $p_{1,2}=0,07$		$p_{1,3}=0,6$
низкий	n=15 чел.		n=40 чел.		n=9 чел.	
	47,0 [41,0-55,0]	50,0 [44,0-57,0]	51,0 [40,5-58,0]	47,0 [41,5-57,0]	34,0 [32,0-44,0]	34,0 [31,0-39,0]
СТ: $p_{1,2}=0,5$ $p_{2,3}<0,001$		$p_{1,3}=0,007$	$p_{2,3}=0,004$	ЛТ: $p_{1,2}=0,9$		$p_{1,3}=0,006$
p	$p=0,19$	$p=0,01$	$p=0,2$	$p=0,2$	$p=0,5$	$p=0,3$

Ограничение повседневной деятельности у пациентов с ХОБЛ сопровождается развитием депрессивной симптоматики у данных больных ($p < 0,05$). При более продолжительном течении заболевания прямо пропорционально увеличивалась частота встречаемости депрессии тяжелой степени (рис. 1).

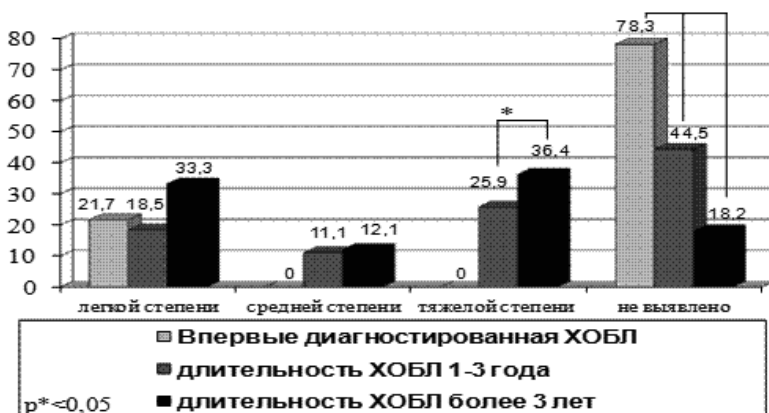


Рис. 1. Частота встречаемости депрессии у пациентов с ХОБЛ в зависимости от длительности заболевания

Более высокие значения среднебалльного показателя по шкале CES-D зафиксированы у пациентов 1-й и 2-й групп проживающих в менее 12 м². Достоверные отличия получены среди пациентов 2-й и 3-й групп, проживающие в квартирах площадью более 12 м², что обусловлено коморбидностью данных патологий (табл. 4).

Таблица 4 - Сравнительный анализ среднебалльного показателя по шкале CES-D в исследуемых группах в зависимости от жилой площади квартиры (Me [Q₂₅-Q₇₅])

CES-D	1-я группа ХОБЛ, n=27 чел.		2-я группа ХОБЛ + АГ, n=55 чел.		3-я группа АГ, n=40 чел.	
	жилая площадь квартиры из расчета на одного члена семьи					
	Менее 12 м ² n=9 чел.	Более 12 м ² n=19 чел.	Менее 12 м ² n=9 чел.	Более 12 м ² n=46 чел.	Менее 12 м ² n=0 чел.	Более 12 м ² n=40 чел.
среднебалльный показатель по шкале CES-D	18,0 * [14,0-29,0]	15,0 **, ^ [5,0-25,0]	22,0 ** [12,0-30,5]	14,0 **, ^^ [12,0-26,0]	-	9,0 ^, ^^ [5,5-14,0]
	p=0,3		p=0,4			
	p*=0,6 p**=0,09 p^=0,4 p^^<0,05					

Оценивая влияние прожиточного минимума на развитие депрессии (табл. 5), значимость различий внутри группы наблюдалась у пациентов с изолированной ХОБЛ, тем самым сказывался низкий прожиточный минимум ($p=0,01$). Более высокий среднебалльный показатель по шкале CES-D выявлен у пациентов 2-й группы, при этом наблюдается тенденция к его увеличению в зависимости от прожиточного минимума. Необходимо отметить, что у пациентов 1-й и 2-й групп с низким прожиточным минимумом достоверно выше среднебалльные значения в отличие от контрольной группы, что обусловлено не только материально-бытовым уровнем больных, но и основной патологией (ХОБЛ), которая по мере ее прогрессирования приводит к снижению и ограничению в повседневной деятельности.

Таблица 5 - Сравнительный анализ среднебалльного показателя по шкале CES-D в исследуемых группах в зависимости от прожиточного минимума из расчета на одного члена семьи ($Me [Q_{25}-Q_{75}]$)

Средний прожиточный минимум из расчета на одного члена семьи	1-я группа ХОБЛ	2-я группа ХОБЛ + АГ	3-я группа АГ
средний	n=8 чел. 8,0 [3,0-17,0]	n=11 чел. 19,0 [12,0-35,0]	n=22 чел. 9,0 [4,0-14,0]
p1,2=0,04 p1,3= 0,9 p2,3=0,01			
низкий	n=15 чел. 19,5 [11,5-30,5]	n=40 чел. 22,0 [14,0-32,0]	n=9 чел. 7,0 [6,0-20,0]
p1,2=0,4 p1,3= 0,03 p2,3=0,004			
p	p=0,01	p=0,6	p=0,6

Таким образом, у пациентов при коморбидности ХОБЛ и АГ в зависимости от длительности и тяжести течения заболевания возрастает частота и выраженность тревожно-депрессивных расстройств, что также усугубляется материально-бытовыми условиями пациента.

Список литературы

1. Аксенова Т. А., Горбунов В. В. Современная концепция фенотипов хронической обструктивной болезни легких и перспективы ее развития // Забайкальский медицинский журнал. 2014. № 2. С. 6-11.
2. Неконвенционные факторы риска: клиничко-функциональное значение в прогрессировании хронической обструктивной болезни легких и гипертонической болезни / Т. Н. Василькова, С. И. Матаев, Д. В. Сорокин, Ю. А. Рыбина, Т. Б. Баклаева //

Сердце: журнал для практикующих врачей. 2014. Т. 13, № 1. С. 53-58.

3. Гарганеева Н. П. Концепция факторов риска в оценке прогноза сердечно - сосудистых заболеваний у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 2. С. 63-66.

4. Козлов Е. В. Тревожно-депрессивные расстройства при коморбидности хронической обструктивной болезни легких и артериальной гипертензии // Сибирское медицинское обозрение. 2014. № 1. С. 19-25.

5. Хроническая обструктивная болезнь легких и артериальная гипертензия – метафизика и диалектика / В. В. Ли, В. С. Задионченко, Т. В. Адашева, С. В. Павлов, Н. Б. Шахрай // CardioСоматика. 2013. № 1 (4). С. 5-10.

6. Диагностика и лечение пациентов с артериальной гипертензией и хронической обструктивной болезни легких / И. Е. Чазова, А. Г. Чучалин, К. А. Зыков, Л. Г. Ратова // Системные гипертензии. 2013. № 1. С. 3-31.

7. Штарик С. Ю. Взаимосвязь повышенного уровня тревоги и артериальной гипертензии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 2 (59). С. 69-73.

8. COPD and comorbidity / ed. T. Welte // European respiratory monograph. 2013. № 59. 228 p.

9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [Electronic resource]. URL: <http://www.goldcopd.org/guidelines> (Date of access 02.12.2014).

10. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. 2013 Guidelines for the management of arterial hypertension / G. Mancia, R. Fagard, K. Narkiewicz [et al.] // J. Hypertens. 2013. Vol. 31, № 7. P. 1281-1357.

11. Sin D. D., MacNee W. Chronic obstructive pulmonary disease and cardiovascular disease a «vulnerable» relationship // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2013. Vol. 187, № 1. P. 2-4.

УДК 159.9.614

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

¹М. А. Лисняк, ²Т. И. Захарова

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

²Краевой госпиталь для ветеранов войн, г. Красноярск, Россия

Аннотация. Старение населения сопровождается ростом психической патологии, связанной с инволюционными процессами. Учитывая высокий уровень коморбидности по соматическим заболеваниям, медико-психологическую помощь пожилым необходимо организовывать в условиях

многопрофильного стационара. К оказанию подобной помощи следует привлекать не только психиатров и психотерапевтов, но и клинических психологов.

Ключевые слова: пожилые люди, медико-психологическая помощь, многопрофильный стационар, клинические психологи, геронтопсихиатрия.

Актуальность. Во многих странах мира, и Россия не является исключением, складывается такая демографическая ситуация, что постепенно возрастает контингент пожилых людей. Успехи современной медицины и достижения цивилизации существенно продляют человеческую жизнь. По классификации ВОЗ, старость начинается после 75 лет, пожилой возраст – после 60 лет, а с 45 до 60 – средний.

Официальные данные Росстата свидетельствуют об устойчивом росте численности пожилого населения (население в возрасте старше трудоспособного) в Российской Федерации в 2006–2015 годах, опережающем рост всего населения страны: если общая численность жителей России за этот период увеличилась на 2%, то пожилого населения — на 20%. По данным Росстата на 01 января 2015 года в России проживает пожилых людей 35 163 тыс. человек. Семке В.Я. и его коллеги (2006) считают, что возрастание численности старших возрастных групп неизбежно влечет за собой возросшую частоту случаев старческой деменции и различных соматических заболеваний (Трубин, 2016).

Семке В.Я. и его коллеги цитируют Г. Руффина, который условно выделяет три вида старости: «счастливую», «несчастливую» и «психопатологическую». «Счастливая» старость наступает у гармоничных личностей с сильным уравновешенным типом высшей нервной деятельности, занимающихся длительное время интеллектуальным трудом и не оставляющих этого занятия и после выхода на пенсию. Психологическое состояние этих людей характеризуется витальной астенией, созерцательностью, склонностью к воспоминаниям, умиротворенностью, мудрой просветленностью и философским отношением к смерти. «Несчастливая» старость чаще возникает у личностей с чертами тревожной мнительности, сензитивности, наличием соматических заболеваний. Для этих лиц характерны утрата смысла жизни, чувство одиночества, беспомощности и постоянные размышления о смерти, как об «избавлении от страданий», у них часты суицидальные мысли, возможны суицидальные действия и обращение к методам экзотаназии. «Психопатологическая» старость проявляется возрастными органическими нарушениями, депрессиями, ипо-

хондрией, психопатоподобными, неврозодобными, психоорганическими расстройствами, старческим слабоумием. Очень часто у таких пациентов выражен страх оказаться в доме для престарелых (Семке, 2006).

Постановка проблемы. В медико-психологической помощи нуждаются практически все пожилые люди. Даже те, чью старость можно условно назвать «счастливой» периодически могут испытывать негативные эмоции. Традиционно поздний возраст исследователи и клиницисты рассматривают как время утрат: ухудшение телесного здоровья, смерть близких, изменение социального статуса в связи с выходом на пенсию, потеря финансового благополучия. Таким образом, психологический статус может измениться по ряду объективных причин, в силу обрыва привычных социальных и психологических связей и отношений личности пожилого человека, что приводит по существу к социальной депривации, неблагоприятно воздействующей на личность (Гизатуллина, 2012, Гурьянова, 2014). В связи с этим фактором можно говорить о повышенном риске развития психической патологии у пожилых. Более того, как пишут Н.Ф. Дементьева и А.В. Подкорытов, с возрастом увеличивает риск возникновения психических нарушений. Если в 65-летнем возрасте он составляет 0,12 %, то в 90-летнем – 5,2% (Дементьева, 2003).

В пожилом возрасте наблюдаются различные психические расстройства. Безусловно, в первую очередь необходимо упомянуть об органических поражениях центральной нервной системы различного генеза. Старение мозга как органа человеческого тела даже в пределах физиологической нормы приводит к снижению его функциональных возможностей и чревато когнитивными нарушениями. Если же на этот процесс наслаиваются нарушения, связанные с сосудистой патологией, состояние пожилых утяжеляется, интеллектуально-мнестические нарушения нарастают и приводят к выраженной социально-психологической дезадаптации. Сосудистые деменции занимают значительный сегмент в структуре дементных нарушений у пожилых, за ними следуют атрофические процессы в коре головного мозга.

Достаточно часто в клинической практике встречаются аффективные функциональные психозы, для которых характерно преобладание аффекта тревоги или страха, в сравнении с малой выраженностью моторного или идеаторного торможения и, наоборот, с частотой и выраженностью внутреннего беспокойства или состояний ажитации с тревожными вербигерациями, развитием наряду с бредовыми идеями самообвинения и виновности бреда обвинения, осуждения, преследования и гибели, довольно частым возникновением ипохондрических расстройств и вариан-

тов синдрома Котара, а также наличием вербальных иллюзий, соответствующих по своему содержанию господствующему аффекту. Соловьев А.Г. и его коллеги пишут, что лица пожилого возраста очень часто имеют коморбидные расстройства депрессивного спектра на фоне соматической патологии, что требует обязательного привлечения специалистов терапевтического и психиатрического профилей. Не являются редкостью в пожилом возрасте и невротические нарушения (Соловьев, 2013).

Н. Ф. Дементьева и А. В. Подкорытов отмечают, что характерной особенностью современного положения в области психической заболеваемости в пожилом возрасте является неполнота выявления и регистрации современной психиатрической службой больных старших возрастных групп по сравнению с другими возрастными группами (Дементьева, 2003). Особенно это касается непсихотических расстройств, которые практически полностью выпадают из поля зрения психиатров. Соответственно, этот контингент пациентов не получает адекватной помощи.

Психологическая и психиатрическая помощь пожилым людям оказывается в психоневрологических диспансерах и специализированных геронтопсихиатрических центрах. Выборочное эпидемиологическое исследование (по данным Семке В.Я., 2006) показало, что контингент геронтологического подразделения психоневрологического диспансера больше чем наполовину состоит из больных с психозами и слабоумием, которые составляют 63,8% от всех зарегистрированных в ПНД пациентов старше 60 лет. В нозологическом распределении исследованных больных с одинаковой частотой представлены шизофрения (35,2%) и органические заболевания (церебрально-сосудистой, травматической и инфекционной природы - 35,1%). Одинаковый удельный вес занимают аффективные расстройства и деменции альцгеймеровского типа (10,0%). Неврозы и расстройства личности редко наблюдаются среди пациентов ПНД и составляют 1,8 и 1,3 %.

В отличие от контингента ПНД, клиническая картина у пациентов психоневрологического кабинета районной поликлиники в 96,4% наблюдений представлена расстройствами непсихотического уровня. Церебрально-сосудистые заболевания стоят на первом месте по частоте встречаемости у данного контингента лиц (34,1%). Второе место занимают неврозы (26,0 %), в числе которых находятся нозогении (7,4%). Довольно часто наблюдаются аффективные расстройства (15,4%) и расстройства соматогенной природы (11,7%). Шизофрения и деменция альцгеймеровского типа, наоборот, имеют незначительный удельный вес; на них приходится 5,7 и 1,5%.

По данным Семке В.Я. и его коллег (2006) изучение пациентов пожилого и старческого возрастов в отделениях соматической больницы иного профиля (терапевтического, кардиологического, неврологического, травматологического) показало, что психические нарушения выявляются у 74,4% из них. Основными являются непсихотические формы расстройств (73,8%), реже наблюдаются психозы (18,6%) и деменции разной природы (7,6%). Наиболее распространенными в этом контингенте оказались расстройства, связанные с церебрально-сосудистыми заболеваниями (42,6%), в том числе с острыми нарушениями мозгового кровообращения (20,5%). Соматогенные психические расстройства занимают более скромное место, насчитывая всего 8,8%. Чаще они возникают на фоне черепно-мозговых травм и переломов конечностей, острого инфаркта миокарда и хронической сердечно-легочной недостаточности, хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, пневмоний. Неврозы, в том числе нозогении, наблюдаются в 9,2% случаев. Эндогенные заболевания редко встречаются у пациентов соматического стационара (6,7%). В психиатрической помощи в период пребывания в соматическом стационаре нуждались 33,3% больных позднего возраста. Фактически психиатрическую помощь получили только 6,5% из них. Одной из серьезных причин недостаточного объема оказываемой пациентам психиатрической помощи является отсутствие соматопсихиатрических отделений, часто и штатных психиатров во многих больницах, а также невозможность перевести больных в соматопсихиатрическое отделение другого стационара.

При организации психологической и психиатрической помощи лицам пожилого и старческого возраста возникают специфические медицинские и социальные проблемы. Это определяется своеобразием психической патологии в позднем возрасте, сочетанием психических и соматических заболеваний, выраженной социальной дезадаптацией и зависимостью лиц этой возрастной категории от окружающих. Полностью согласны с Н.Ф. Дементьевой и А.В. Подкорытовым, что в связи с тем, что большая часть пожилых, страдающих психическими заболеваниями, имеет ограничения жизнедеятельности в сфере передвижения, самообслуживания, трудовой деятельности, общения, ориентации, контроля за своим поведением и нуждаются в посторонней помощи, социальной поддержке, то такая помощь должна именоваться медико-социальной (Дементьева, 2003).

Материалы и методы. Был проанализирован опыт организации медико-психологической помощи в условиях многопрофильного стационара на примере Красноярского краевого госпиталя для ветеранов войн (ККГВ). Были изучены статистические данные из врачебных отчетов за 2011-2015 гг.

Результаты и их обсуждение. Учитывая структуру психических расстройств среди пожилых, находящихся в соматических стационарах, можно уверенно говорить, что эта группа пациентов нуждается в большей степени в психологической помощи. Точнее, учитывая высокий уровень коморбидности с соматическими неврологическими нарушениями, в медико-психологической помощи. Это не исключает и не подменяет оказание данному контингенту психиатрической помощи.

В ККГВ такую помощь пожилым людям оказывают силами Центра медико-психологической реабилитации (ЦМПР). Медико-психологическая помощь реализуется поэтапно, с учетом специфики лиц пожилого возраста. На первоначальном этапе пациентам оказывается консультативная помощь в поликлинике ККГВ (таблица 1).

Таблица 1 - Количество посещений врача-психиатра поликлиники ККГВВ, в том числе лицами пожилого и старческого возраста

год	2011	2012	2013	2014	2015
Всего посещений	3485	4087	2210	2156	2251
Из них - лицами старше 60 лет	3136	3678	1980	1944	2025

Во время амбулаторного приема проводится диагностика и при необходимости осуществляется психотерапевтическая работа. Кроме того, врач-психиатр в поликлинике фактически проводит медицинскую сортировку, решая вопрос о возможности конкретного пациента в зависимости от его психического статуса, проходить лечение в соматических отделениях.

Безусловно, пожилые пациенты, имеющие психические расстройства психотического уровня в стадии декомпенсации, нуждаются в лечении в условиях специализированного психиатрического отделения. Только там им могут обеспечить полноценное лечение и надлежащее наблюдение, что практически невозможно в условиях стационара соматического профиля.

На втором этапе оказания медико-психологической помощи пожилые пациенты с непсихотическими расстройствами госпитализируются либо в соматические отделения госпиталя, либо в Центр медико-психологической реабилитации. В последнем случае возможны два варианта получения помощи: в условиях круглосуточного стационара (таблица 2) и в условиях дневного стационара (таблица 3).

Таблица 2 - Количество пролеченных в условиях круглосуточного стационара ЦМПР, в том числе лиц пожилого и старческого возраста

год	2011	2012	2013	2014	2015
Всего пациентов	333	347	310	323	312
Из них - лиц старше 60 лет	111	125	122	123	119

Выбор формы госпитализации обуславливается соматическим состоянием пациента, с учетом его пожеланий в зависимости от конкретных жизненных ситуаций.

Таблица 3 - Количество пролеченных в условиях дневного стационара ЦМПР, в том числе лиц пожилого и старческого возраста

год	2011	2012	2013	2014	2015
Всего пациентов	333	470	519	495	478
Из них -лиц старше 60 лет	61	85	191	201	189

По нозологическим группам распределение пациентов приведено в таблице 4.

Таблица 4 - Распределение больных в возрасте старше 60 лет, пролеченных в круглосуточном стационаре ЦМПР, по нозологическим группам (МКБ 10) за 2015 г.

Наименование	Шифр по МКБ-10	Количество пациентов	%
Органические заболевания, включая симптоматические (соматогенные) психические расстройства	F 06	128	41,7%
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	F 40- 49	21	6,8 %
Расстройства зрелой личности	F 60-69	7	2,3%
Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга	F 07	98	31.9%
Расстройство настроения	F 30	53	17.3%
Психические расстройства - всего		307	100%

Аналогичная картина распределения по нозологическим единицам наблюдается и в отделениях терапевтического и неврологического про-

филей. Учитывая, что на первом месте располагаются органические поражения мозга, как правило, сосудистого генеза, для которых характерны колебания настроения в сторону снижения, повышенная тревожность, нарушения ночного сна и т.д., большинство пожилых пациентов госпиталя нуждаются в психотерапевтической помощи и психокоррекционных мероприятиях.

Ключевым звеном в организации медико-психологической помощи в ККГВ выступает ЦМПР. Данное отделение располагает кадровым ресурсом для оказания подобной помощи, так как в его штате имеются психотерапевты и клинические психологи. Это позволяет оказывать медико-психологическую помощь не только пациентам ЦМПР, но и пациентам других отделений госпиталя. Фактически сотрудники ЦМПР осуществляют психолого-психиатрическое сопровождение базового лечения в других отделениях госпиталя. В таблицах 5 и 6 приводятся данные о работе психотерапевтов и психологов с пожилыми пациентами.

В ЦМПР для пожилых пациентов с расстройствами непсихотического уровня проводится комплекс реабилитационных мероприятий медико-психологического характера. В целом, эти мероприятия осуществляются согласно программы комплексной реабилитации ветеранов войн и локальных конфликтов, безусловно, с учетом специфики возраста и сопутствующих соматических заболеваний. Применяется мультимодальный подход: с пациентом работает бригада врачей различной специализации, с учетом его конкретных потребностей в коррекции патологических состояний. Особое место в данной работе занимают клинические психологи, которые организуют психодиагностику и психокоррекционные мероприятия. Именно клинические психологи максимальное количество рабочего времени проводят непосредственно с пациентами. Для пожилых людей подобное внимание весьма ценно, и этот фактор оказывает существенное влияние на удовлетворенность качеством медицинской помощи в ККГВ.

Таблица 5 - Проведение психотерапевтического лечения в ЦМПР лицам пожилого и старческого возраста (число посещений психотерапевта)

годы	2011	2012	2013	2014	2015
Число посещений психотерапевта	6194	6260	6174	6123	6829
Из них – лицами старше 60 лет	2016	1988	2101	2322	2238

Таблица 6 - Проведение консультаций психолога в ЦМПР лицам пожилого и старческого возраста

годы	2011	2012	2013	2014	2015
Всего консультаций психолога	472	485	472	488	493
Из них – для лиц старше 60 лет	168	191	188	172	199

Оценка эффективности лечения и реабилитации в ЦМПР проводится ежегодно, выводы делаются на основе анализа медицинской документации (истории болезни, амбулаторные карты) и анкетирования пациентов. Данные по пожилым пациентам приведены в таблице 7.

Таблица 7 - Эффективность лечения и реабилитации лиц пожилого и старческого возраста

годы	2011	2012	2013	2014	2015
Эффективность лечения и реабилитации пожилых	89%	91.9%	93.1%	92.7%	93.5%

Выводы. Тем не менее, несмотря на заметные успехи в оказании медико-психологической помощи пожилым в ЦМПР, в городе назрела необходимость организации геронтопсихиатрического отделения. Достаточно много пациентов преклонного возраста имеют выраженные психические нарушения, которые являются противопоказанием к госпитализации в ЦМПР, либо в неврологическое и соматические отделения. В то же время этих пациентов крайне неохотно госпитализируют в специализированные психиатрические отделения из-за множественной коморбидной патологии.

Геронтопсихиатрическое отделение логично разворачивать на базе многопрофильного стационара, чтобы максимально использовать имеющуюся лечебно-диагностическую базу, а также приблизить медико-психологическую помощь к пожилым пациентам.

Именно специализированные геронтопсихиатрические отделения способны осуществлять комплексный подход к лечению и реабилитации пожилых пациентов через реализацию метода работы бригады специалистов. Включение в штат таких отделений кроме врачей-психиатров и психотерапевтов, врача-геронтолога, невролога, а также клинических психологов будет способствовать более качественному оказанию медико-психологической помощи пожилым людям.

Список литературы

1. Гизатуллина А. Г. Одиночество пожилых: социально-психологические аспекты // Психология и психотехника. 2012. № 8. С. 37-43.
2. Гурьянова И. В. Социально-психологические аспекты здоровья людей пожилого возраста // Сборники конференций НИЦ Социосфера. 2014. № 27. С. 94-99.
3. Дементьева Н. Ф., Подкорытов А. В. Медико-социальная помощь лицам пожилого и старческого возраста. Красноярск, 2003. 148 с.
4. Семке В. Я., Цыганков Б. Д., Одарченко С. С. Основы пограничной геронтопсихиатрии. М., 2006. 526 с.
5. Соловьев А. Г., Новикова И. А., Местечко В. В. Психосоциальные характеристики лиц пожилого возраста с непсихотическими психическими расстройствами // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2013. № 4. С. 45-50.
6. Пожилое население России: проблемы и перспективы [Электронный ресурс] / В. Трубин, Н. Николаева, М. Палеева, С. Гавдифаттова // Социальный бюллетень. 2016. № 5. URL: <http://ac.gov.ru/files/publication/a/8485.pdf> (дата обращения 08.09.2016).

УДК 159.9:616-005:616-05

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РИГИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ИШЕМИИ

Н. В. Попенко

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

Аннотация. В статье рассматриваются показатели ригидности в зависимости от степени выраженности ишемии и вида хирургического вмешательства. От выраженности проявлений черт ригидности зависят адаптационные механизмы в условиях тяжелого заболевания и формы оказания психологической помощи пациентам сосудистого профиля.

Ключевые слова: психическая ригидность, атеросклероз артерий нижних конечностей, адаптация.

Актуальность. Изучение психологической ригидности в контексте системного подхода, позволяет представить ее в качестве степени открытости человека как неравновесной, трансцендентальной и диссипативной системы. Поскольку ригидность, даже если она рассматривается как свойство системы, проявляется в поведении, в виде фиксированных форм такого поведения, то важно было проследить истоки возникновения

этих форм. В этой связи необходимо было обратиться к проблеме структуры поведенческого акта, выделив поведение как акт, соотношенный с содержанием жизненной ситуации, в которой находится субъект. Именно в этом смысле ригидность может выступать как проявление открытости человека как системы, как ригидность его информационного взаимодействия с внесистемным пространством, и одним из проявления такого свойства будут скоростные особенности обработки поступающей информации, свойственные данному индивиду (Фебенчукова, 2012).

При всей многочисленности дефиниций, как показал их анализ, психическая ригидность определяется преимущественно через категорию способностей — «индивидуально-психологических особенностей личности, являющихся условием успешного выполнения той или иной продуктивной деятельности». Отсюда ригидность понимается, как (относительная) неспособность личности в случае требований объективной ситуации: «изменить свою психическую установку», «поставить себя на место другого человека», «изменить поведение», «усвоить новые средства приспособления», «корректировать программу деятельности» (Залевский, 1993).

Несомненно, что актуальность проблемы ригидности следует рассматривать именно личностного регистра психики в сопротивлении борьбе с наступившей болезнью за выздоровление, компенсацию и реабилитацию. Исключительно проблема становится в особых и экстремальных условиях, каковыми по многим признакам считаются условия жизнедеятельности человека.

Выходя на уровень смысловых характеристик личности больного, можно сказать, что механизмы адаптации к болезни зависят от осознанности либо неосознанности для личности ее смысла (Николаев, 2015).

В рамках проведенных исследований было показано, что люди обладают разной степенью готовности к изменению образа жизни. При этом сама готовность выступила в качестве системного психологического конструкта, который характеризует способность человека принимать неизбежность и необратимость жизненных потерь, перестраивать образ жизни в условиях самостоятельного выбора или принуждающей к этому внешней регламентации. Сюда входят также те усилия (в том числе мыслительные), которые необходимо прикладывать человеку для удержания самоидентичности в условиях деформации ценностно-смысловых измерений жизненного пространства как условия, сопутствующего его вхождению в новый образ жизни (Клочко, 2015).

Внимание исследователей к феномену психической ригидности, в последние годы постоянно возрастает. Данная тенденция обусловлена, пре-

жде всего, нуждами практической деятельности клинического психолога, поскольку фиксированные формы поведения, свойственные больным, имеющим в структуре личности выраженные черты психической ригидности, значительно затрудняют процесс психокоррекционной работы с ними. Кроме того, снижая адаптивные возможности личности, выраженный уровень психической ригидности может способствовать развитию ряда психических заболеваний преимущественно психогенной природы (Королев, 2011).

В период с 2011 по 2012гг. было проведено клинико-психологическое обследование больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, которое включало клинический опрос пациентов, сбор анамнеза, наблюдение за поведением пациента. Исследование проводилось в ГКБУЗ «Краевая клиническая больница» в отделениях гнойной хирургии и хирургии сосудов, МУЗ «Городская клиническая больница №7» в отделении гнойной хирургии, МУЗ «Городская клиническая больница №6 им. Н.С. Карповича» в отделении хирургии сосудов. В исследование включены больные с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей с III-IV степенью ишемии по классификации А.В. Покровскому.

В зависимости от вида хирургического лечения больные были распределены по трем группам, в каждой группе по 30 человек:

- в I группу исследования вошли пациенты, перенесшие ампутацию на уровне бедра;
- во II группу - ампутация на уровне голени и стопы;
- в III группу - пациенты после реконструктивных операций на сосудах нижних конечностей – аорто-бедренное шунтирование.

Также было отобрано 15 пациентов, для сопоставительного анализа оценки различий в специфике и содержании психологических характеристик пациентов с критической ишемией нижних конечностей с различной давностью ампутации (не менее полугода назад) и 15 пациентов, не относящихся к категории больных с КИНК, имеющие ишемию напряжения (стадия IIб по А.В. Покровскому).

Методика исследования ригидности. Ригидность является чертой личности. Она представляет собой затрудненность (вплоть до полной неспособности) в изменении намеченной человеком программы деятельности в условиях, объективно требующих ее перестройки. Ригидность - тенденция к сохранению своих установок, стереотипов, способов мышления, неспособность изменить личную точку зрения (Райгородский, 2001).

Статистическая обработка полученных данных выполнялась при помощи программы SPSS, версии 19.0.

Описательная статистика результатов исследования представлена для качественных признаков в виде процентных долей и их стандартных ошибок, для количественных – в виде средних арифметических (M) и стандартных отклонений (σ). Значения средних арифметических имеют вид $M \pm \sigma$. В случаях отсутствия нормального распределения переменных, в описательной статистике использовались медиана (Me) и перцентили (P_{25} , P_{75}). Значения средних величин отображались, в этом случае, как Me (P_{25} ; P_{75}).

При исследовании показателя ригидности по группам полученные данные распределились следующим образом:

I группа:

У 73,3% пациентов были выявлены признаки ригидности, что свидетельствует о том, что у пациентов незначительно нарушена способность адекватно воспринимать предъявляемые требования в ситуации болезни. Им возможно (при мобилизации психических ресурсов) изменить привычные способы удовлетворения своих потребностей в связи с трудной жизненной ситуацией.

У 26,7% больных обнаружены четкие проявления ригидности, это указывает на неготовность к изменениям способа мышления в соответствии с новыми ситуационными требованиями. Больные значительно фиксированы на основном заболевании, что мешает им в получении необходимой дополнительной информации о возможности изменения сформированных ранее потребностей и способов их удовлетворения, с учетом сложившейся ситуации болезни.

В соответствии с данными, представленными в таблице 1 в I группе (ампутация на уровне бедра) общий показатель ригидности равен (25,2) выявлены признаки ригидных установок.

II группа:

У 90% больных выявлены признаки ригидности. Больные в силу своих компенсаторных возможностей, пытаются изменить способы удовлетворения основных жизненных потребностей, в условиях данного заболевания.

У 10% пациентов обнаружены четкие ригидные установки, которые свидетельствуют о неспособности изменять способ поведения и мышления в ситуации болезни.

Во II группе (ампутации на уровне голени и стопы) общий показатель (22,4) – выявлены признаки ригидных установок.

В III группе выявлены следующие показатели ригидности:

У 73,3% выявлены признаки ригидности, которые проявляются в затрудненности в изменении намеченной больными программы деятельности в условиях, объективно требующих ее перестройки. У 26,7% больных выявлены ригидные установки, что указывает на неспособность, в условиях новых обстоятельств, изменить отношение к болезни, как того требует ситуация.

Общий показатель ригидности в III группе (реконструктивные операции – аорто-бедренное протезирование) (25,0) – выявлены признаки ригидных установок.

В IV группе показатели распределились следующим образом:

У 86,7 больных имеются признаки ригидности. Больные в силу своих компенсаторных возможностей, пытаются изменить способы удовлетворения основных жизненных потребностей, в условиях данного заболевания. 13,3% больных имеют низкий уровень, пациенты трудно приспосабливаются к новым жизненным обстоятельствам и испытывают трудности общения в новой жизненной ситуации.

Общий показатель ригидности в IV группе (Атеросклероз. Ишемия Пб по А.В. Покровскому) равен (23,0) – выявлены признаки ригидных установок.

На момент обследования в V группе обнаружены следующие данные:

46,7% больных выявлены незначительные признаки ригидности. В условиях объективно требующих перестройки (т.е. в ситуации болезни), стереотипа поведения у данных больных не возникает, они достаточно быстро находят правильный способ взаимодействия с окружающими. У 53,3% пациентов выявлены ригидные установки, которые свидетельствуют о неспособности изменять способ поведения и мышления в ситуации болезни.

Общий показатель ригидности в V группе (ампутация на уровне бедра более полугода назад) (27,0) – высокий уровень проявления ригидности.

Пациенты всех групп проявляют черты ригидности, сопоставительные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Распределение показателей ригидности в каждой группе

Группы	Ригидность
I (n=30)	25,2
II (n=30)	22,4
III (n=30)	25,0
IV (n=15)	23,0
V (n=15)	27,0

На диаграмме (рис. 1) отображена сравнительная характеристика показателей ригидности, где средний уровень ригидности наблюдается в I, II, III, IV группах. И ригидность выше среднего уровня демонстрируют пациенты V группы.

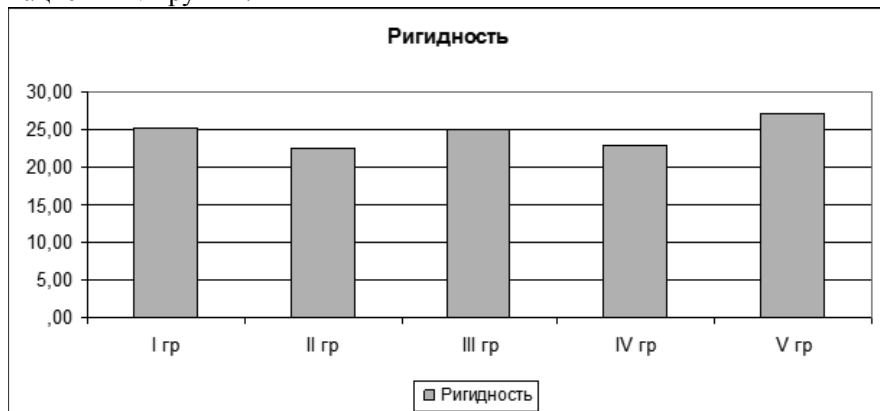


Рис. 1. Сравнительная характеристика уровня ригидности по группам

Достоверные значения выявлены между группами I и II ($p < 0,05$).

Вывод: таким образом, исследование особенностей ригидности больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей выявило, что все пациенты проявляют черты ригидности, но в целом адекватно эмоционально реагируют. Из-за тяжести основного заболевания больным затруднительно выбрать способ изменения собственного поведения в ситуации болезни. Учитывая важность прогрессирования заболевания, мы можем говорить об ухудшении проявлений черт ригидности: неудовлетворенность прожитой жизнью, утомления, плохого настроения, страха и в наименьшем желании изменить себя в соответствии со сложившейся жизненной ситуацией.

Список литературы

1. Залевский Г. В. Психическая ригидность в норме и патологии. Томск: Изд-во Томского ун-та, 1993. 272 с.
2. Ключок В. Е., Ключок Ю. В. Человек: открытая система в закрытой среде // Сибирский психологический журнал. 2015. № 57. С. 6-16.
3. Королев А. А., Соколов Я. В. К вопросу о психической ригидности при коморбидных формах психических заболеваний (на примере сочетания экзогенно-органических заболеваний головного мозга и психогенной депрессии) // Сибирский психологический журнал. 2011. № 42. С.14.

4. Николаев Е. Л., Лазарева Е. Ю. Адаптация личности и сердечно-сосудистые заболевания // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т.11, № 2. С. 82–105.

5. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара : БАХРАМ-М, 2001. 672 с.

6. Фебенчукова А. В. Ригидность как характеристика деятельности мозга, проявляющаяся в скорости обработки информации // Мир науки, культуры, образования. 2012. № 4 (35). С. 220-222.

УДК 316.6-053.9

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Н. В. Тихонова

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

Аннотация. В настоящее время большое внимание в учреждениях социального обслуживания пожилых граждан оказывается оценке качества предоставляемых услуг. Целью данного исследования стало - оценить качество и эффективность инновационных подходов к социально-психологическому сопровождению пожилых пациентов геронтологического центра для формирования рекомендаций, направленных на его повышение.

Ключевые слова: социально-психологическое сопровождение, пожилые пациенты, реабилитация

Актуальность. Одним из главных факторов эффективного функционирования учреждений социальной сферы является полная удовлетворенность потребителей предоставляемыми услугами. Особое значение это имеет в обслуживании клиентов пожилого возраста, которые предъявляют повышенные требования к качеству медико-социальных и психологических услуг. Одно из значимых направлений реабилитационной деятельности Краевого государственного автономного учреждения социального обслуживания «Краевой геронтологический центр «Уют» (далее Центр) представлено социально-психологическим сопровождением пожилых пациентов. Без оказания данного вида помощи невозможно эффективное проведение всего комплекса реабилитационно-восстановительных мероприятий с пациентами пожилого возраста.

Комплексная реабилитация пожилых пациентов включает следующие виды реабилитации: медицинскую реабилитацию; психологическую индивидуальную (консультативную и психотерапевтическую) помощь; психологическое и социальное просвещение; социальное и психологическое сопровождение; организацию культурно-досуговой деятельности; трудотерапию.

Задачи социально-психологического сопровождения прежде всего оказание помощи в решении социальных проблем; создание оптимальных условий для самореализации, самовыражения через «занятость» в различных сферах жизнедеятельности; открыть новые возможности клиентов.

Цель исследования: оценить качество и эффективность инновационных подходов к социально-психологическому сопровождению пожилых пациентов геронтологического центра.

Новизна исследования заключается в том, что проведение социально-психологического сопровождения в реабилитации основано на данных научно-социологических исследований и позволяет применять более пациентоориентированные и целесообразные методы и формы работы с пожилыми клиентами, что повышает эффективность реабилитационных мероприятий и значительно улучшает их качество.

Социально-психологическое сопровождение базируется на индивидуальном подходе к получателю социальных услуг (клиенту) на основе изучения его (их) потребностей и определении совместно с ним (ними) путей преодоления или решения проблем. Комплексное сопровождение позволяет не только решить актуальную, обозначенную клиентом проблему, но и попутно выявить и нейтрализовать негативные факторы дезадаптации.

Виды социального сопровождения: анкетирование клиентов (оценка качества медико-социально-психологических услуг), консультирование по вопросам оказания реабилитационных услуг, по вопросам пенсионного обеспечения и мерам социальной поддержки граждан на территории Красноярского края, социальная супервизия.

Оказание социально-психологической помощи и поддержки клиентам в социально-психологической адаптации производится в условиях геронтологического центра с выдачей рекомендаций по сохранению и укреплению психо-социального статуса в повседневной жизнедеятельности. Таким образом осуществляется реализация реабилитационного маршрута клиента по месту жительства.

Индивидуальная психологическая помощь ориентирована на конкретные темы обращения: снижение интеллектуальных способностей, огра-

ничение физических возможностей, ограничение социальной активности, чувство вины, тревога, страх смерти, тяжелого заболевания, страх за близких, проживание с психически больными родственниками, переживание травмирующих событий, конфликтность, агрессивность, переживание утраты, отношения с близкими, созависимость, одиночество, бессонница.

Методы и технологии, используемые в психологическом сопровождении достаточно разнообразны. Психологическая реабилитация реализуется с применением методов арт (живопись, лепка, коллаж, музыкотерапию, фототерапия, библиотерапия и др.), гештальт-, телесноориентированной терапии, аутотренинга, приемы трансактного анализа и нейро-лингвистического программирования.

В рамках реализации социально-психологического сопровождения пожилых пациентов разработан и внедрен ряд методических рекомендаций по внедрению в практику инновационных форм и методов работы, позволяющих повысить эффективность и качество медико-социально-психологических услуг пациентам геронтологического центра.

Кроме того, социально-психологическое направление реализуется путем постоянного проведения консультаций специалиста по социальной работе по социально-правовым вопросам, разъяснительных бесед с клиентами Центра по вопросам предоставления социальной поддержки в форме обзорных бесед, а так же во время каждого заезда представляется цикл лекций:

- «Социальный билет и социальная карта»;
- «Как получить адресную помощь в трудной жизненной ситуации»;
- «Отделения реабилитации ЦСОН Красноярского края»;
- «Здоровый образа жизни как фактор активного долголетия»;
- «Основные аспекты рационального и сбалансированного питания в пожилом возрасте» и др.;

Реализация просветительских программ реализуется с привлечением профессорско-преподавательского состава КрасГМУ, осуществляющего просветительское и профилактическое просвещение:

- «Профилактика остеопороза и падений в пожилом возрасте»;
- «Особенности лечения гипертонии пожилых пациентов»;
- «Профилактика энцефалопатии и болезни Альцгеймера» и др..

Психологическая реабилитация проводится в не только в форме индивидуальных консультаций по запросу клиента, а также в виде групповых занятий, включающих в себя теоретическую и практическую части, по темам:

- «Агрессия: выжить можно»;
- «Самопомощь при стрессе» (программа «Дыхание. Вода. Звук.»);
- «Бессонница. Как себе помочь?»;
- «Как не попасть на удочку мошенников»;
- «Лишний вес – с ним и без» и др.

Необходимо отметить, что итогом проводимых в центре социально-психологических исследований стала разработка документа внутреннего пользования - анкета «Реабилитационный паспорт пациента геронтологического центра», которая является отправной и финальной точкой социально-психологического сопровождения пожилого пациента во время пребывания в Центре. Данная анкета позволяет формировать запрос на оказание различных социально-психологических услуг и оценить степень их реализации и эффективности, а также отследить динамику субъективной оценки качества жизни каждого отдыхающего на начало и конец пребывания пациента в КГЦ «Уют».

Таблица 1 - Оценка уровня удовлетворенности качеством социально-психологического сопровождения реабилитации за 2013-2015г.г.

	2013	2014	2015
Удовлетворяет полностью	87%	89%	95%
Удовлетворяет частично	13%	11%	5%
Полностью не удовлетворяет	0 %	0%	0%

В таблице 1 представлена положительная динамика оценки уровня удовлетворенности качеством социально-психологического сопровождения пациентов центра (на 8,0% повысился показатель удовлетворенности пациентов), проводимая на основе анкеты - «Реабилитационный паспорт пациента геронтологического центра». Конкретных жалоб и претензий по оказанию социально-психологической помощи в анкетах указано не было. Поэтому мы предполагаем, что оценка качества услуг зависит от психологического состояния пожилых людей, которое позволило изменить внедрение инновационных подходов к социально-психологическому сопровождению.

Проведение социально-психологической реабилитации, основанной на данных исследований, позволяет применять более целесообразные методы и формы работы с пожилыми клиентами, что повышает качество и эффективность реабилитационных мероприятий и значительно влияет на улучшение качества их жизни.

Кроме того, по результатам данных социально-психологических исследований в работу медицинского и обслуживающего персонала внедряются инновационные методы социально-медицинской работы. С сотрудниками учреждения периодически проводятся тематические занятия:

- «Конфликтный клиент»;
- «Эмоциональная саморегуляция при стрессе»;
- «Профилактика эмоционального выгорания».

Полученные сотрудниками Центра в ходе занятий знания и навыки активно используются в повседневной работе.

Центр осуществляет свою деятельность в тесном взаимодействии с учебными заведениями города и края, выступая учебно-практической базой как для студентов ВУЗов, специалистов по социальной работе, так и для социальных работников, позволяющей на практике ознакомиться с новыми формами медико-социальной работы с пожилым контингентом. Данная работа проводится в рамках «Соглашения о сотрудничестве в области проведения учебной, производственной, научно-исследовательской практики студентов и научно-практического взаимодействия» между ВУЗами города Красноярск и министерством социальной политики Красноярского края.

За последние три года в рамках научно-исследовательского направления проведены следующие исследования:

- исследование психологического статуса пациентов геронтологического центра «Ведущие стратегии поведения в конфликтной ситуации» (акты внедрения, методические рекомендации, публикации);
- «Психологические особенности пожилых пациентов больных артериальной гипертонией» (акты внедрения, методические рекомендации, публикации);
- «Субъективное ощущение одиночества на основе самооценки психических состояний» (акты внедрения, методические рекомендации, публикации);
- «Комплексный анализ психологического аспекта качества жизни пожилых пациентов» (акты внедрения, методические рекомендации, публикации);
- «Социально-психологические и медицинские аспекты активного долголетия».

Результаты исследований позволили расширить формы и методы социально-психологического сопровождения пациентов Центра, особенностью которых стало создание ресурсного психологического состояния для реализации поставленных задач и достижения целей пожилого па-

циента. Данные научных исследований по изучению медико-социальных и психологических аспектов старения позволяют делиться опытом инновационных подходов в социально-психологической работе с пожилыми пациентами как на уровне региона, так и страны в целом, представлены в публикациях и на конференциях различного уровня.

Большое значение в деятельности Центра играет направление социокультурной реабилитации, которая включает в себя проведение: культурно-массовых мероприятий (вечера отдыха, вечера поэзии и классической музыки, «Вечер русского романа»), пешие прогулки по городу, концертные программы самодеятельных и профессиональных музыкальных коллективов города, концерты с участием студентов, учащихся и воспитанников образовательных учреждений Красноярска); экскурсий («Роев ручей», «Обзорная по городу», «Парк мечты», «Фабрика игрушек», «Парк бабочек»), выездов в театры, музеи и другие культурные учреждения города; постоянно действует «Клуб любителей популярной песни». Так же в рамках этого направления проводятся регулярные занятия по трудотерапии (декупаж, изонить, тестопластика, модульное оригами, квиллинг, канзаши, вышивка лентами, энкаустика), организуются мастер-классы и выставки работ отдыхающих. Помимо этого, в Центре существует постоянно действующая мобильная выставка творческих работ клиентов и фото-стенд «Наш досуг».

Результаты исследований, проводимых в Центре являются основополагающими для формирования индивидуальных программ медико-социально-психологической реабилитации. Кроме вышеизложенного, уникальность деятельности Центра состоит в формировании реабилитационного маршрута пожилого пациента после пребывания в Центре на основании Реабилитационного листа, содержащего план мероприятий по медицинскому, социальному и психологическому статусу, проводимых по месту жительства пациента.

Выводы: удовлетворенность качеством социально-психологических услуг связана с психологическим состоянием пожилых людей; анализ показывает, что проведение курса реабилитационно-оздоровительных мероприятий с людьми пожилого возраста на основе научно-исследовательского подхода достаточно эффективно, об этом свидетельствуют показатели повышения уровня удовлетворенности качеством социально-психологического сопровождения.

Таким образом, одним из самых значимых и перспективных направлений деятельности центра является социо-психологическое направление. Специалисты центра проводят методическое консультирование по об-

ну опытом и внедрению новых форм и методов работы в учреждениях геронтологического профиля системы социальной защиты населения (круглые столы, семинары).

Необходимо отметить, что такая организация реабилитационных услуг и социально-психологического сопровождения пожилых пациентов центра свидетельствует о необходимости, целесообразности и результативности внедрения инновационных подходов в медицинской и социально-психологической помощи, осуществляемой в КГЦ «Уют».

Список литературы

1. Давыдов Е. Л., Яскевич Р. А., Кусаев В. В. Медико-социальная помощь в рамках организационно-функциональной модели пациентам старших возрастных групп с артериальной гипертонией в г. Красноярске // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. №3-1. С. 54–59.
2. Кадырова В. Х. Психологические особенности эмоциональной сферы пожилых людей // Концепт. 2012. № 7. С.32-34.
3. Куркина М. И. Уровень и качество жизни в условиях старения населения // Система ценностей современного общества. 2010. № 12. С. 252.
4. Куркина М. И. Концептуальные основы управления качеством социальных услуг в условиях модернизации // Экономика и предпринимательство. 2013. № 9. С. 124–128.
5. Краснова О. В., Лидерас А. Г. Социальная психология старости. М.: Академия, 2008. 288 с.
6. Исследование влияния типа личности на самовосприятие / В. Б. Чупина, Е. И. Чернова, Ю. В. Живаева, Т. А. Баранова // Молодёжь Сибири - науке России. 2014. С. 444-447.
7. Davydov E. L. The significance of nervous and depressive states in elderly patients with arterial hypertension // Advances in Gerontology. 2013. Vol. 3, № 2. P. 112-117.

УДК 159.9

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА МИРА ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В. Б. Чупина

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

Аннотация. В статье рассматривается содержание образа мира пациентов, имеющих заболевания онкологического профиля. Раскрытие особенностей содержательного наполнения образа мира дает возможность лучше понять внутренний мир человека в период болезни. В ходе исслед-

дования было выявлено, что у онкологических пациентов доминирующим является эмпирический образ мира, при котором явления и события реальной действительности воспринимаются ими достаточно адаптивно и позитивно, однако на данном этапе ценными становятся взаимные доверительные отношения с окружающими.

Ключевые слова: образ, образ мира, характеристики образа мира.

«Образ мира» сравнительно новое понятие в психологической науке, и его содержание требует дальнейшего изучения. Особое значение рассмотрение образа мира имеет у пациентов с онкологическими заболеваниями, так как именно в этот момент происходит перестройка основных жизненных позиций, взглядов, представлений о мире в целом, что и дает основу для его формирования, в новом свете. Понятие образа является одним из ключевых понятий в психологии восприятия. Исследования восприятия доказывают, что для человека и других развитых организмов перцептивные впечатления в норме всегда предстают в виде более или менее осмысленной структуры. При употреблении термина образ в современной психологической науке обычно понимается «выделенное из окружения содержание тезауруса восприятия, определенным образом организованное когнитивными механизмами объекта». Следовательно, под понятием образ имеется в виду не столько познавательная картинка, сколько построенная субъектом модель событий реальности (Берулава, 2010).

Образ, как и многие другие категории психологической науки, первоначально были осмыслены и разработаны в философии.

Начиная с античных времен, велось изучение данного вопроса в соответствии с проблемой идеального. Соотношение идеи образа и его формы волновало крупнейших мыслителей Древней Греции. Аристотель, создатель первого систематизированного учения о психике, в своем главном психологическом труде – трактате «О душе» писал: «душа есть известное осуществление и осмысление того, что обладает возможностью быть осуществленным». Субъект строит свои действия в зависимости от того, что может произойти лишь в будущем – в будущем которого еще нет. Цель как образ будущего в данном случае, образ должного детерминирует настоящее, определяет собой реальное действие и состояние субъекта.

Идею о том, что образ будущего имеет существенное значение в построении человеческого действия, можно встретить в учении римского философа и богослова Августина: «Ожидание относится к вещам будущим, память – к прошедшим. С другой стороны, напряжение действия относится к настоящему времени: через него будущее переходит в про-

шедшее. Следовательно, в действии должно быть нечто такое, что относится к тому, чего еще нет». Анализ построения образа, его функционирование и развитие – прерогатива психологии, которая рассматривает его как процесс, играющий важную роль в системе психической регуляции деятельности человека. Образ воплощает в себе сущность психического. В натуралистических вариантах гносеологии образ совпадает с чувственно данными и представлен в ощущениях, восприятиях, представлениях. В чувственно данных образа воспроизводятся внешние свойства, связи, пространственно-временные отношения объектов, которые определяются непосредственным взаимодействием с объектом. Мысленный образ – результат абстрагирующей деятельности субъекта, способ репрезентации объекта субъекту (Васильюк, 2001).

Намеченный А.Н. Леонтьевым подход к образу мира получил свою конкретизацию и развитие в работах С.Д. Смирнова, посвященных проблеме активности психического отражения. Ученый отмечал, что категория образа является центральной категорией психологии познавательных процессов. В широком смысле образ рассматривается в качестве любой (в том числе и абстрактно-логической) субъективной формы отражения реальности; в узком – используется для обозначения чувственных форм отражения, имеющих сенсорную (образы ощущения, восприятия и т.д.) или квазисенсорную (образы памяти, воображения и т.д.) природу (Леонтьев, 2003).

Исходя из работ многих исследователей (Ананьев Б.Г., Сеченов И.М. и др.), можно выделить три основных уровня психического отражения действительности: сенсорно-перцептивный, представленческий и речемыслительный.

На сенсорно-перцептивном уровне речь идет о тех образах, которые возникают при непосредственном воздействии предметов и явлений на органы чувств.

Следующий уровень психического отражения – это уровень представлений, к которому относится широкий круг явлений: образная память, воображение, последовательные, эйдетические образы и т.д. Все эти образы вторичны по сравнению с теми, которые возникают при непосредственном воздействии предметов и событий на органы чувств (Толмен, 2007).

На речемыслительном уровне человек строит образ сознательно и целенаправленно.

В реальной жизни человека уровни образного отражения не изолированы друг от друга. В процессе деятельности и общения человек всегда переходит от одного уровня к другому, в зависимости от конкретных об-

стоятельств. Отношения между уровнями весьма динамичны, и это обеспечивает регуляцию действий человека, адекватно целям и условиям деятельности.

Анализируя проблему образа мира в зарубежной и отечественной психологической науке, можно выделить следующие наиболее существенные моменты.

Важно говорить о том, что каждая историческая эпоха порождала свои концепции образа мира. В процессе становления научного познания действительности в постоянном развитии находится так называемая научная картина мира, которая структурирует мир в системе понятий и идей, свойственных определенному этапу развития человечества.

В психологической науке проблема образа мира рассматривается в различных контекстах: в контексте когнитивных процессов; в контексте системы значений и смыслов, вырабатываемых в результате взаимодействия человека с миром; в контексте жизненного пути личности во взаимодействии с миром; в контексте проблемы адаптации и выстраивания адекватного взаимодействия в условиях изменяющихся реалий бытия; в контексте проблемы самосознания и мировоззрения и др.

В большинстве концепций «образ мира» понимается, прежде всего, как отображение реального мира, в котором живет и действует человек, одновременно являясь частью этого мира (Василюк, 2001).

Образ мира формируется на основе интеграции представлений субъекта об окружающем мире, формируемых на основе обобщения имеющегося у него социального опыта. Раскрытие особенностей содержательного наполнения образа мира дает возможность лучше понять внутренний мир человека во взаимосвязи с реалиями бытия.

Целью экспериментального исследования явилось изучение образа мира у лиц с онкологическими заболеваниями. Исследование проводилось в Красноярском краевом клиническом онкологическом диспансере им. А.И. Крыжановского г. Красноярска.

Для исследования были выбраны следующие методики:

1. Вербальный критериально-ориентировочный проективный тест диагностики образа мира субъекта (ВТОМ) (автор Берулава Г.А.).
2. Тест «Образ мира» (автор Романова Е.С).
3. Тест смысловых ориентаций (методика СЖО), Д.А. Леонтьева.

Выбор методик обусловлен тем, что данные методики наиболее адекватны для исследования образа мира, т.к. не задают априори испытуемому готовую понятийную конструкцию. Так как образ мира строится не на

основе перебора множества вариантов, а представляет собой целостное интегрированное образование, с помощью которого человек в каждый отдельный момент своего существования целостно и эмоционально представляет окружающий мир, который отражает особенности его индивидуального образа мира. При этом в образе мира в интегрированном виде выступают как содержательная, так и формальная составляющие характеристики образа мира.

В ходе проведения исследования содержания образа мира у онкологических больных, нами было выявлено, что у контрольной группы исходя из формальных характеристик образа мира имеет место такой тип образа мира как ИИА, характеризующий индифферентность, интегральность и активность образа-Я; у 20,2% исследуемых пациентов выявлен профиль ИДА, который может быть представлен сочетанием индифферентности, дифференциальности и активности образа объективного мира: «Для того чтобы адекватно относиться к окружающему миру, нужно разобраться в себе. Если каждый найдет себя, то и мир станет лучше» (мужчина 55 лет). У одинакового количества пациентов по 16,4% выделены типы ИДП, которые характеризуются индифферентностью, дифференциальностью и пассивностью образа мира и ЭДП (эмоциональность, дифференциальность и пассивность). Анализируя содержательные характеристики образа мира, представленные в ответах исследуемых пациентов хотелось бы отметить, что у половины (50%) пациентов тип образа мира эмпирический, т.е. для них характерно нравственно диффузное отношение к окружающему миру. У 19,5% пациентов отмечается позитивистский образ мира, который характеризуется наличием в вербализуемых личностных смыслах субъекта определенных нравственных догматов и правил отношения к своим личностным свойствам. Для 16,4% пациентов характерен гуманистический образ мира. Личностные смыслы, обуславливающие данный тип образа мира, характеризуются заботой о других людях, об их благополучии, что проявляется в наличии представления о том, насколько этот мир хорош не только для меня.

В ходе проведения рисуночного теста «Образ мира» мы определили тип рисунка и соотнесли его с психологическим типом личности.

В результате исследования по данной методике мы обнаружили, что у большинства исследуемых (54,8%) тип рисунка органический, что соответствует интровертированному мыслительному типу, т.е. данные пациентов общаясь с окружающими, устанавливают в первую очередь доверие: свое собственное и той личности, с которой они общаются. Они меньше заинтересованы в управлении миром, так как находятся в согласии

с ним. У пациентов 12,5% рисунок структурный, что соотносится с интровертированным интуитивным типом личности. Ритмический рисунок также характерен для 12,8% исследуемых пациентов, что соответствует экстравертированному интуитивному типу личности. И 9% пациентов нарисовали декоративный рисунок, который соотносится с экстравертированным чувствующим типом личности, т.е. они стремятся к непрерывности гармоничных отношений и коллективных ценностей. Также 10,9% пациентов имеют перечисляющий тип рисунка, что соответствует экстравертированному мыслительному типу.

В ходе проведения методики СЖО мы обнаружили, что у большинства пациентов 55,6% (60-40 высокий показатель) по шкале результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией, отражает оценку пройденного отрезка жизни. У 25,1% (40-20 показатели) исследуемых цели в жизни, характеризуют не только целеустремленного человека, но и проектёра, планы которого не имеют реальной опоры в настоящем и не подкрепляются личной ответственностью за их реализацию. У 15,1% (40-20 средний уровень) исследуемых признаки неудовлетворенности своей жизнью в настоящем. У 5% исследуемых (20-0 низкий) неверие в свои силы контролировать события собственной жизни.

В целом, с позиций содержательного образа мира, у онкологических пациентов доминирующим является эмпирический образ мира, при котором явления и события образа мира воспринимаются ими достаточно адаптивно и позитивно.

Тем не менее, для исследуемых пациентов онкологического профиля характерен тип рисунка органический, что соответствует интровертированному мыслительному типу, т.е. для данных людей важны взаимные доверительные отношения с окружающими. Большинство из них находятся в согласии с миром таковым, каков он есть.

Список литературы

1. Баксанский О. Е., Кучер Е. Н. Когнитивный образ мира: научная монография. М.: «Канон+» РООИ «Реабилитация», 2010. 224 с.
2. Берулава Г. А. Роль стереотипов психической активности в развитии личности. М.: Гуманитарная наука, 2010. 157 с.
3. Васильюк Ф. Е. Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций // Журнал практической психологии и психоанализа. 2001. № 4. С. 45-56.
4. Леонтьев А. Н. Образ мира // Мир психологии. 2003. № 4. С. 11-18.
5. Толмен Э. Ч. Бихевиоризм и необихевиоризм // Хрестоматия по истории психологии / под ред. П. Я. Гальперина, А. Н. Ждан. М.: Академический проект, 2007. С. 47-54.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИНЫ С НАРУШЕННОЙ ГОТОВНОСТЬЮ К МАТЕРИНСТВУ

¹В. Б. Чупина, ²М. А. Скоробогатова

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

²ООО ЦЗ «Виктория», г. Красноярск, Россия

Аннотация: представлена психологическая характеристика женщин с нарушенной готовностью к материнству. Добровольный отказ матери от своего несовершеннолетнего ребенка, чаще всего – это отказ от новорожденного ребенка в родильном доме. Показано, что на формирование нарушений материнского поведения влияют социальные и психологические факторы. Не смотря на обилие исследований в области перинатальной психологии, в настоящее время ощущается очевидный дефицит научных разработок, направленных на практическую работу с женщинами, находящимися в ситуации принятия решения об отказе от ребенка. На основании теоретического анализа можно утверждать, что зная психологические особенности женщины с нарушенной готовностью к материнству можно провести своевременную коррекцию.

Ключевые слова: атиофориогнозия, этапы формирования материнской сферы, стили переживания беременности.

Проблема отказа матери от своего новорожденного – распространенное социальное явление. Роль социальных и психологических факторов в формировании нарушений материнского поведения очень огромна и бесспорна, что многие исследователи сводят именно к ним всю вызывающую столько разногласий проблему причин социального сиротства. Неблагоприятное течение беременности, которое отрицательно влияет на будущее материнство, а также особенности поведения женщин, увеличивающие риск к последующего отказа от ребенка, исследуются в совместных работах В.И. Брутмана, М.С. Радионовой. В своих работах они приводят такой термин как «атиофориогнозия» (тиофория (греч.) – беременность) – «отрицание» беременности, формирование своеобразной гипостезии телесных проявлений беременности и соответствующее ей особое психологическое состояние (Брутман, Радионова, 1997). Как показывают их наблюдения, атиофориогнозия в «легком» варианте характеризуется свое-

образным «забыванием» беременности, пренебрежением к ее симптомам, а иногда и невообразимым искажением представлений о ее сроках. В наиболее «тяжелом» варианте женщины бывают вообще убеждены в том, что она отсутствует. При этом у них могут наличествовать несколько ее выраженных признаков (отсутствие менструаций, нагрубание молочных желез, увеличение объема живота и т.д.). Такие женщины в этом случае стремятся объяснить эти признаки «логическими» доводами (болезнью, особенностями нарушений менструального цикла и пр.).

Рассматривая зарубежные работы, посвященные этой проблеме Д. Пайнз, К. Боннэ, и других специалистов мы видим схожую картину. Д. Пайнз следующим образом объясняет, почему для некоторых женщин беременность завершается отказом от ребенка после его рождения или другими формами нарушения материнского поведения. Она связывает в единую систему такие черты, как инфантильность, неадекватно высокую потребность в любви, связанную с чувством дефицита внимания от родителей и обделенности их заботой в детстве, сексуальную неразборчивость, эгоцентризм. Такие женщины в своих фантазиях чаще всего сами представляют себя детьми, поэтому у них нет желания беременеть. Если даже они этого и хотят, то им сложно заботиться о ребенке и любить его, потому что им самим кажется, что они недостаточно получили эту любовь. У них могут проявляться сильные садистские черты личности, которые проявляются во взаимоотношениях с сексуальными партнерами, и если они становятся матерями, это влияет на их привязанность к ребенку и на их агрессивных проявлениях к нему, особенно, если это мальчик. Катрин Боннэ провела уникальное исследование в рамках психоанализа. Она исследовала матерей-отказниц во Франции и выявила некоторые общие черты развития беременности у таких женщин. Так, для них обязательным оказалось позднее обнаружение беременности во втором, а в некоторых случаях даже в третьем триместре беременности. Ее данные говорят, что из 400 женщин, родивших и анонимно оставивших ребенка, только 7% обратились к врачу акушеру-гинекологу за первичной консультацией по поводу беременности в 1-м триместре (против 9% в общей популяции). К. Боннэ предполагает, что такое позднее обращение к врачу является симптомом риска отказа (Пайнз, 2003). Одной из особенностей таких беременностей является то, что женщина достаточно поздно идентифицирует движения плода. Это бывает связано, как считает К. Боннэ, отрицанием, как механизмом защиты, скрывающим под собой инфантицидный комплекс (Брутман, 1996). Такой феномен часто (в половине случаев) возникает у беременных с

депрессивными проявлениями. Защитное отрицание не позволяет будущей матери воспринимать плод и взаимодействовать с ним. Визуальная, кинестетическая, тактильная информация не воспринимается как знаки беременности. Это незнание относится также к гормональным изменениям, увеличению веса – прекращению месячных или изменения их характера. Все это рационализируется, объясняется каким-то другим образом, например, сменой климата, режима дня, чрезмерными нагрузками, переездом в другую страну. Никто из таких женщин не отмечал нередкой для первого триместра тошноты, рвоты, усталости, плохого самочувствия, как будто никакой беременности нет. Когда они узнают о своей беременности, то для них она имеет эффект неожиданности, они могут впасть в оцепенение, иногда шок. Большинство женщин желают сделать аборт, но время просрочено. Инфантильные проявления в поведении таких женщин не выражаются спонтанно, чаще всего они проявляются в настойчивом стремлении сделать аборт любыми способами. У многих наблюдается инфантицидная паника – они боятся, что убьют ребенка, если родят. И все эти переживания сопровождаются глубоким чувством вины. Во Франции существует право на «секретные роды». Это предусмотрено самой системой родовспоможения. Женщины, которые во время беременности уже знают, что не смогут или не захотят брать ребенка, заранее поступают в специальную клинику, где с ними проводится анонимная беседа. Такие женщины, объясняя затягивание сроков беременности, отрицают свою потенциальную возможность иметь детей. Их фантазии относительно убийства ребенка остаются долго не выраженными, потому что женщины не в силах говорить о них, так как они им кажутся ужасными и чувство вины очень большое. И когда будущие мамы начинают работу с психотерапевтом, который представляет для них фигуру родителя. И возможность быть услышанной и понятой улучшает состояние.

Одним из направлений изучения нарушенной готовности к материнству является исследование особенностей женщин, у которых отсутствовала возможность адекватно взаимодействовать с новорожденными на первых этапах становления симбиотической взаимосвязи. Причиной ее являлось разделение матери и ребенка в связи с нарушением процесса родов, неонатальной патологией младенца, преждевременными родами. Эти исследования позволяют увидеть, что на становление материнского отношения оказывает влияние не только с история жизни женщины и ее личностные качества, но и организация послеродового взаимодействия с ребенком и особенности самого ребенка.

Для того, чтобы понять, чего же не хватает женщине для адекватного отношения к ребенку, необходимо рассмотреть некоторые этапы формирования материнской сферы именно с точки зрения нарушения ее содержания (Филиппова, 2002).

Этап нянченья, отличается тем, что именно в нем у девочек формируется определенная реакция на компоненты гештальта младенчества. И если до окончания этапа нянченья девочка никогда не сталкивалась с младенцами, не делала попыток за ними ухаживать, то нередко возникает опасение перед ними, так как уже подростки, а тем более взрослые оценивают свой собственный опыт как неудовлетворительный для взаимодействия с маленькими детьми. Самый распространенный страх, возникающий у них – это повредить ребенка случайным грубым обращением, недостаточностью знаний об уходе и т.п. Это первое впечатление изменяется, в случае если они в дальнейшем участвуют в уходе за ребенком, но при этом впоследствии женщины его очень хорошо помнят. Если контакт был небольшим по времени, то страх перед маленькими детьми сохраняется на всю жизнь и может постепенно исчезнуть только на опыте взаимодействия с собственным ребенком. Кратковременность контакта, его содержание и особенности могут оказать большое влияние на дальнейшее развитие материнской сферы. Если женщина позже не получает опыт, который быстро и эффективно «исправляет положение», то впечатления от кричащего, плохо пахнувшего, грязного и т.п. ребенка могут остаться на всю жизнь. И чем позднее они возникают, тем хуже для развития материнской сферы. Если у девочки совсем не было опыта взаимодействия с младенцем до периода полового созревания, то это может привести к восприятию ситуации взаимодействия взрослых с детьми раннего возраста как неестественной, неприятной; эмоции, которые выражают взрослые, особенности их речевого общения с младенцем воспринимаются как неуместные, раздражающие. Внешний вид младенца, его поведение не вызывают у девочки-подростка никаких положительных эмоций, у нее нет желания контактировать с ним, прикасаться к нему. Конечно, опыт, получаемый на этапе нянченья, как и любой другой, не является отдельным. Этот опыт формируется на уже имеющейся основе и в дальнейшем дополняется и изменяется другими формами опыта. Однако характеристики качества и количества этого этапа развития материнской сферы логически связаны с семейной, культурной и материнской моделями материнства и детства. В том, как взаимодействуют старшие дети с младенцами, формируются эти модели и затем проявляются во всех своих особенностях. Поэтому этап нянченья является наряду с первым из выделенных этапов развития наиболее важным в формировании материнской сферы.

Следующим этапом, который имеет большое значение, является этап взаимодействия с собственным ребенком. Когда женщина с нарушенной готовностью к материнству узнает о своей беременности, она вынуждена как-то соотносить себя с этой беременностью, что вызывает у нее определенные сложности и имеет свою специфику.

Двойное отношение женщины к беременности характеризуется частой сменой противоположных эмоций, затягиванием решения о сохранении беременности. Когда женщина понимает, что беременность нежелательна и при этом прерывание ее невозможно, могут случиться эпизоды аффективного состояния или депрессии, адресация к внешним причинам, мешающим принятию беременности. При этом обычны раннее появление телесных ощущений, связанных с беременностью, их сильная выраженность. В некоторых случаях женщины для объяснения причин своего состояния и отрицательных переживаний используют якобы наличие соматических заболеваний, осложняющих беременность, семейные и социальные условия и т.п.

При слабо выраженном амбивалентном отношении с неоправданным затягиванием решения о сохранении беременности у женщины появляются причины, мешающие это сделать. Таковыми могут являться недостаточное количество денег, «горящая» путевка, неотложная работа, некоторое недомогание или просто «было некогда». Последствия такой беременности могут быть самыми разными: от успешных изменений в отношении еще не родившегося ребенка в «хороших» условиях (которые будут особенными для каждого случая) до отказа от ребенка, и зависят от частной ситуации. С такими клиентками сталкиваются психологи женских консультаций, и варианты коррекции здесь могут быть различны – от индивидуального консультирования до групповых форм работы.

У женщины может быть неправдоподобно длительная идентификация беременности. Все признаки беременности могут быть уже на лицо, и при этом женщина предпочитает думать, что это отравление, нарушение менструального цикла, грипп и т.п. В таких случаях физические ощущения часто бывают нечеткими, живот начинает увеличиваться поздно, женщины говорят, что нарушения цикла у них бывают часто (хотя проверить это невозможно). Такое проговаривание обстоятельств и самочувствия женщины позволяет заключить, что женщина подозревала, что беременна, но активно отталкивала от себя эту мысль. Такое состояние чаще всего обнаруживается у женщин, впоследствии отказывающихся от ребенка. Сохранение беременности как желанной – очень редкий случай, который можно оценить как «нетипичный», хотя нам такие известны.

Наблюдается также аффективно-отрицательное переживание идентификации беременности, устойчиво сохраняющееся вне зависимости от решения о ее сохранении. В разных случаях, в зависимости от обстоятельств и личностных особенностей женщины, первые негативные эмоции могут переходить либо в игнорирование факта беременности, либо в депрессивное состояние, либо сохраняется эффективно-отвергающее отношение. Обычно в этих случаях беременность идентифицируется вовремя. Исключение составляют редкие случаи позднего определения беременности, когда уже невозможно прерывание беременности, из-за нетипичных физических состояний (нарушение цикла, продолжение менструаций и т.п.) или у совсем юных беременных.

В период до начала шевеления плода можно выделить несколько вариантов отрицания беременности при принятии решения о ее сохранении на основе характера переживания симптомов и эмоционального состояния женщины:

- минимальное количество симптомов беременности, как на эмоциональном, так и физическом уровне, вплоть до «наоборот» (состояние бодрее и лучше, чем до беременности). Живот «вырастает» очень поздно, часто очень небольшой по размерам, чем должен быть, при нормальных размерах плода; женщина активно планирует жизнь после периода беременности и родов, минимально распределяет в будущем время, необходимое для ухода за ребенком; образ ребенка часто достаточно конкретный, представляется в образе дошкольника и младшего школьника, связан с его социальным статусом, будущими успехами в учебе и т.п.;

- аффективно-отрицательное переживание всех симптомов как мешающих, неуместных, ненужных. Разговоры о подготовке к рождению ребенка и послеродовому периоду вызывают злость и раздражение, много выражает недовольство врачами и близкими, при этом самой женщиной не соблюдаются элементарные правила режима, питания и т.п. Часто свое состояние объясняется женщиной как отношение не к ребенку, а к беременности как состоянию. Живот нормальных размеров. Образ ребенка может быть идеализирован, а настоящий, существующий в утробе, оценивается как «еще не человек»;

- самым сложным случаем является устойчивое отрицательное отношение с периодическими попытками избавиться от беременности, при этом физический компонент выражен средне, живот небольших размеров, ребенок представляется как наказание для женщины.

Во втором триместре, когда обычно ребенок начинает шевелиться, женщина может осуждать ребенка за то, что он мешает, не дает ей за-

снуть, она начинает испытывать неудобство и стыд от того, что ребенок сильно шевелится в присутствии других людей. Все это описывается как осуждающий стиль эмоционального сопровождения. В этих случаях беременная не может определить, что ее поведение служит причиной хорошего или плохого состояния ребенка. Также может проявиться игнорирующий стиль эмоционального сопровождения – при нем женщина описывает свои шевеления как физиологические ощущения, не видя в них причиной самого ребенка. Она не может сказать ничего ни о частоте, ни об особенностях шевелений, не может представить себе, что ребенок переживает, как он двигается и развивается.

На 7 и 8 месяцах беременности у женщин с неадекватным отношением к материнству и ребенку в частности, наблюдается повышение активности, направленной на сферы, не связанные с ребенком. Часто женщина уделяет много сил и времени окончанию учебы, сдаче экзаменов, защите диплома и т.п. Такая беременность запланирована специально к окончанию учебы, но немного «не вписывается» в задуманные сроки. Бывает, оказывается, что все важные и срочные дела, связанные с учебной или карьерой, сосредотачиваются именно в эти месяцы. Может появиться острая необходимость ремонта в квартире, переезда, покупки дачи, и это не связано с «синдромом гнездования». Женщины делают неадекватные попытки разобраться в семейных отношениях. Характерно, что все это интерпретируется как необходимое для будущего ребенка, при том, что объективной необходимости для этого нет.

Для женщин, планирующих отказаться от ребенка проявление такой «смещенной» активности на последних месяцах может являться основной характеристикой поведения. Если стиль переживания беременности игнорирующий, то может наблюдаться увеличение энергии, продолжение работы буквально до родов, другие «всплески» активности. Наряду со всем этим, женщина оказывается совершенно не готова к рождению ребенка, и его буквально не в чем и некуда взять из роддома. В некоторых примерах изменения в активности не наблюдаются, но для рождения ребенка все равно ничего не делается.

При неблагоприятной динамике содержаний материнской сферы в беременности в предродовой период возрастает тревожность, обостряются физиологические нарушения, женщина не ориентируется в своем состоянии, полностью полагается на мнение медицинского персонала женской консультации или родильного дома. В результате, не оценивая критично, выполняет все рекомендации, вплоть до стимуляции родов. В таких случаях могут возникнуть осложнения в родах и послеродовом периоде,

более вероятны преждевременные роды. При игнорирующем стиле переживания беременности не наблюдается характерное для нормального течения родового процесса выраженное расслабление и снижение эмоциональности, что отражается серьезно на родовом процессе. Однако у женщин, отказывающихся от ребенка, именно такой стиль переживания беременности часто сочетается с преждевременными родами (Брутман, 1997).

Г.Г. Филиппова выделяет шесть вариантов стилей переживания беременности:

1. Адекватный. Осознание беременности без ярких и длительных отрицательных эмоций; живот соответствующих размеров; физические ощущения отличны от состояния не беременности, напряженность средняя, хорошо выражена. В начале беременности возможно общее снижение эмоционального фона, сонливость. Во втором триместре благополучное эмоциональное состояние, в завершении беременности наблюдается повышенная тревожность, которая снижается к последним неделям; вся активность в третьем триместре ориентирована на подготовку к родам и послеродовому периоду; первое шевеление ребенка ощущается в обычно в 15-20 недель, которое женщина переживает положительно, шевеления приятны по соматическому ощущению; последующие шевеления четко отделяются женщиной от других ощущений, не имеют отрицательных соматических характеристик и негативных эмоциональных переживаний.

2. Тревожный. Беременность воспринимается с тревогой, страхом, беспокойством, которые периодически уходят и затем возобновляются. Живот слишком больших или слишком маленьких для срока беременности размеров. Физиологическая составляющая беременности сильно выражена по типу болезненного состояния; эмоциональное состояние в первый триместр характеризуется высокой тревожностью или депрессивными эпизодами, во втором триместре такое состояние сохраняется, повторяются депрессивные или тревожные эпизоды, в третьем триместре эти проявления усиливаются. Активность в третьем триместре связана со страхами за исход беременности, родов, послеродовой период. Первое шевеление ощущается рано, сопровождается долгой неуверенностью в факте шевеления или, напротив, четкими воспоминаниями о дате, часе, условиях, переживается с тревогой, испугом, возможны болезненные ощущения; в дальнейшем шевеления часто связаны с тревогой за здоровье ребенка и свое собственное, характерны желание получить дополнительные сведения о собственной беременности, патронаж.

3. Эйфорический. Все характеристики имеют неадекватную эйфорическую окраску, отмечается сниженная критичность к возможным осложнениям во время беременности и материнства, нет четкой идентификации характера шевелений ребенка. Обычно к концу беременности появляются осложнения. Проективные методы диагностики могут показать неадекватные ожидания женщины от ребенка в послеродовом периоде.

4. Игнорирующий. Осознание беременности слишком позднее, сопровождается чувством досады или неприятного удивления. Живот слишком маленький для текущего срока. Соматическая составляющая либо не выражена, либо состояние даже лучше, чем до беременности. Динамика эмоционального состояния по триместрам или отсутствует, или наблюдается увеличение активности и общего эмоционального тонуса, при этом не связанное с подготовкой к рождению ребенка. Первое шевеление отмечается достаточно поздно. В дальнейшем шевеления носят характер физиологических переживаний, к концу беременности доставляют женщине физический дискомфорт.

5. Амбивалентный. Общие симптомы схожи с тревожным типом переживания беременности. Особенности являются резко противоположные по физическим и эмоциональным ощущениям переживания шевеления, часто возникают болевые ощущения. Женщина объясняет свои отрицательные эмоции как выражение страха за ребенка или исход беременности, родов. Может ссылаться на внешние обстоятельства, мешающие благополучному переживанию беременности.

6. Отвергающий. Беременность сопровождается резкими отрицательными эмоциями. Переживание всей беременности как наказания, мешающего фактора и т.п. Шевеления окрашены неприятными физиологическими ощущениями, всегда сопровождаются неудобством, брезгливостью. К концу беременности возможно проявление депрессивных состояний или состояний аффекта (Филиппова, 2002).

Опираясь на характеристику этих стилей, используя дополнительную диагностику (например, тест на определение типа психологического компонента гестационной доминанты Добрякова И.В., опросник САН, диагностика состояния тревожности (опросник Спилберга и др.), анкетирование, метод наблюдения специалисты женской консультации могут провести своевременную коррекцию нарушения готовности к материнству (Добряков, 2010).

Нарушения во взаимодействии матери с ребенком в период новорожденности имеют последствия не только для ребенка, но и для развития материнской сферы. Это касается и последствий разделения матери и ре-

бенка, особенно длительной. Одной из видов такой сепарации является разделение матери с ребенком при родах раннее положенного срока или при осложнениях со здоровьем у новорожденного, при которых совместное пребывание матери и ребенка не может быть реализовано. При проявлении адекватного стиля отношения к беременности со временем это все изменяется в положительную для ребенка сторону 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 (физическая неполноценность, врожденная патология, нарушения психики, в том числе и симптомы аутизма, особенности внешнего вида и поведения, свойственные недоношенным, в частности непринятие ребенком прилегающей позы при взятии на руки, отрицательная реакция на контакт и т.п.). В нашей работе встречались такие случаи, когда, в результате родоразрешения (при этом беременность была желанной), женщина, уже имеющая одного ребенка узнает, что врачи ставят ее ребенку диагноз – синдром Дауна, и предлагают ей написать отказ от новорожденного. Надо отметить, что отказ она так не осуществила.

Вопрос об отказе от своего ребенка у большинства женщин сопровождается огромным физическим и психическим напряжением, чувством вины. В таких случаях поведение женщины во время беременности можно рассматривать как своеобразные формы психологической защиты.

Причины, которые побуждают женщину реализовать отказ от ребенка, могут быть разными. Но при этом данный поступок всегда является результатом и особой формой разрешения серьезного конфликта личности путем подавления одного из самых сильных природных инстинктов – материнского. Это является свидетельством силы разрушающих факторов, препятствующих его реализации, а также о специфике механизмов психологической защиты и сложности структуры ее эмоциональной сферы. Поэтому, начиная работу с женщиной, планирующей отказ, лучший вариант для специалиста-психолога – уделить женщине, испытывающей чувство вины, максимальное внимание и принятие. Ведь она остается женщиной, переживающей тяжелую психическую травму, в независимости от конкретных внешних форм ее поведения.

Список литературы

1. Брутман В. И., Варга А. Я., Радионова М. С. Особенности семейного воспитания и личностные характеристики женщин, бросающих своих детей // Психология сегодня. 1996. Т. 2, № 4. С. 151-152.

2. Брутман В. И., Радионова М. С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии. 1997. № 6. С. 38-47.
3. Добряков И. В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 234 с.
4. Пайнз Д. Беременность и материнство. Самара: Бахрах-М, 2003. 784 с.
5. Филиппова Г. Г. Психология материнства. М.: Институт Психотерапии, 2002. 240 с.

УДК 616.12-008.331.1:159.9

АССЕРТИВНОСТЬ И МАНИПУЛЯТИВНОСТЬ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Р. Х. Ямалитдинов

Челябинский государственный университет, г. Челябинск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты исследования особенностей ассертивности и манипулятивности у лиц, страдающих гипертонической болезнью. Обследовано 30 больных гипертонической болезнью (в том числе 12 мужчин и 18 женщин в возрасте от 32 до 54 лет) и 30 здоровых лиц в возрасте от 32 до 53 лет (в том числе 12 мужчин и 18 женщин). Сделан вывод о том, что у лиц, страдающих гипертонической болезнью, показатели ассертивности значимо ниже, а показатели манипулятивности значимо выше, чем у здоровых испытуемых. Научная новизна работы состоит в том, что полученные данные расширяют представления о личности больного гипертонической болезнью.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь; ассертивность; манипулятивность; агрессивность.

Актуальность. Гипертоническая болезнь (или эссенциальная гипертензия; ГБ) – это хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является синдром артериальной гипертензии, не связанной с наличием патологических процессов, при которых повышение артериального давления обусловлено известными причинами (симптоматические артериальные гипертонии) (Чазова, 2011). Актуальность исследования особенностей ассертивности и манипулятивности у лиц, страдающих гипертонической болезнью, обусловлена широкой распространенностью данного заболевания в России и в мире и сложностью его этиопатогенеза, в котором, наряду с факторами среды и наследственной предрасположенности, важную роль играют особенности эмоционального реагирования и психическое перенапряжение в условиях стрессовой

ситуации, вызывающие дисбаланс в работе вегетативной нервной системы и способствующие стабильному повышению артериального давления (Рагозинская, 2011).

Постановка проблемы. В развитии ГБ решающую роль отводят таким особенностям эмоционального реагирования, как аффективная неустойчивость, склонность к фиксации негативных эмоций, ограничение способности к переживанию положительных эмоций (Менделевич, 2002; Рагозинская, 2011; Сидоров, 2006), сочетание отрицательной эмоциональности со склонностью к подавлению эмоционально-негативных состояний и этически или юридически недопустимого выражения эмоций (Александр, 2014; Denollet, 2012; Friedman, 2011). Нередко возникновение ГБ связывают с поведением типа А, характеризующимся враждебностью, агрессивностью и склонностью к гневу (Friedman, 1959). Установлена зависимость развития стресс-индуцированной гипертензии от генотипического уровня агрессивности (Ragozinskaya, 2013). Показано, что застойное эмоциональное возбуждение, связанное со скрытым гневом, враждебностью и подавлением агрессивных тенденций, способствует возникновению и стабилизации артериальной гипертензии (Александр, 2014; Рагозинская, 2011). По мнению Ф. Александра, в основе ГБ лежит психодинамический конфликт между желанием открыто выразить враждебность при одновременной потребности в пассивном и адаптированном поведении (Александр, 2014). Современные исследователи также указывают на интерперсональное напряжение в структуре личности больных ГБ, существующее между агрессивными импульсами и чувством зависимости (Менделевич, 2002; Сидоров, 2006).

Итак, по мнению современных исследователей, больные гипертонической болезнью отличаются амбициозностью, конфликтностью, наличием интрапсихических конфликтов между желанием открыто выразить враждебность при одновременной потребности в пассивном и адаптированном поведении, между агрессивностью и чувством вины, между независимостью и стремлением найти защиту, то есть больные гипертонической болезнью демонстрируют дефицит конструктивных способов межличностного взаимодействия и недостаток асертивности.

Понятием «асертивность» (от англ. assert – настаивать на своем) обозначают способность уверенно, с достоинством отстаивать свои права, не попирая при этом прав других (Большой психологический словарь, 2014). Иными словами, асертивность – это способность конструктивно отстаивать свои права, демонстрируя позитивность и уважение

к другим, принимая ответственность за свое поведение. В. В. Макаров определяет ассертивность как вербальное и невербальное поведение, направленное на выражение своих потребностей и отстаивание своих границ, основанное на позитивном и уважительном отношении к партнеру, выражение аутентичных чувств без манипуляций и эксплуатации (Макаров, 2004).

Ассертивность противопоставляют манипулятивности. Отличительной чертой психологических манипуляций является отношение к партнеру по взаимодействию не как к личности, обладающей самооценностью, а как к средству для достижения целей манипулятора, реализация его интересов и удовлетворения потребностей без учета интересов, воли и желаний другой стороны (Грачев, 2013). Различают пассивную, активную и смешанную манипулятивные стратегии (Шостром, 2011). Основным инструментом активного манипулятора является агрессивное поведение. Агрессивное поведение – это мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам сосуществования в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), приносящее физический ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт (состояние страха, подавленности и т. п.). Пассивный манипулятор выигрывает, притворяясь беспомощным и глупым, перекладывая всю ответственность за ситуацию на партнера по взаимодействию. Пассивное и агрессивное манипулирование, на первый взгляд, существенно отличаются друг от друга. Однако в обоих случаях противоположная сторона расценивается как «противник», преследующий единственную цель – навредить. При смешанном типе манипулирования используются активные и пассивные стратегии в зависимости от обстоятельств или партнера, с которым манипулятор общается (Шостром, 2011). Разновидностью смешанного типа манипуляций является макиавеллизм (от имени Н. Макиавелли). Такой манипулятор не пренебрегает никакими средствами ради достижения своих целей (Знаков, 2002).

Преобладающие у индивида стратегии взаимодействия с окружающими являются показателем его психологического здоровья и сказываются на его психосоматическом статусе. Так, ассертивность составляет основу личностного адаптационного потенциала и лежит в основе совладания с трудными жизненными ситуациями, выступая фактором стрессоустойчивости и психосоматического здоровья индивида (Шамиева, 2011), тогда как активные и пассивные формы психологического манипулирования, противопоставляемые ассертивному поведению, напротив, достаточно

часто упоминаются при описании психологических особенностей личности больных различными нервно-психическими и психосоматическими расстройствами (Сидоров, 2006).

У лиц, страдающих психосоматическими заболеваниями, нередко отмечается заострение патохарактерологических черт, сосредоточенность на собственных интересах и потребностях с повышенной чувствительностью к нарушению этих интересов и ущемлению потребностей (обидчивость, злопамятность), эгоцентризм, межличностная сензитивность, сутяжничество, подозрительность, агрессивность, обвинительные реакции, конфликтность, гневливость, депрессивность, тревожность, ригидность или лабильность аффекта, дефицит рефлексии, алекситимия, неспособность к изживанию отрицательных эмоций и пр. (Менделевич, 2002; Рагозинская, 2011; Рагозинская, 2013). Сопутствующее этим эмоциональным проявлениям напряжение нейроэндокринной системы нередко способствует усугублению психосоматических расстройств (Менделевич, 2002; Каплан, 2002; Рагозинская, 2011; Рагозинская, 2013; Сидоров, 2006).

Итак, асертивность является маркером психического и психосоматического здоровья, однако эмпирические данные об особенностях асертивности при ГБ в научной литературе практически отсутствуют. Следовательно, существует противоречие между высокой научной и практической значимостью проблемы асертивности как фактора психологического здоровья личности и недостаточной изученностью особенностей асертивности при ГБ. Это подчеркивает актуальность настоящего исследования.

Цель исследования – изучить особенности асертивности и манипулятивности при эссенциальной гипертензии.

Материалы и методы исследования. Обследовано 30 человек, страдающих гипертонической болезнью, в возрасте от 32 до 54 лет (в том числе 12 мужчин и 18 женщин), и 30 условно здоровых лиц в возрасте от 32 до 53 лет (12 мужчин и 18 женщин). Критерии включения в группы испытуемых: отсутствие психических заболеваний и аддиктивных расстройств; уровень интеллекта, достаточный для понимания инструкций к методам исследования. Все испытуемые были ознакомлены с условиями и целями исследования и дали письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

В исследовании применялись опросники «Исследование уровня асертивности» В. Каппони и Т. Новака; «Шкала макиавеллизма личности» Р. Кристи и Ф. Гейс; «Шкала агрессивности и враждебности» А. Басса и А.

Дарки. Математико-статистический анализ данных проводился с применением критерия U Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования агрессивности и враждебности с помощью методики «Шкала агрессивности и враждебности» А. Басса и А. Дарки у здоровых испытуемых и у лиц, страдающих ГБ, в виде средних значений и стандартных отклонений показателей в двух группах, а также результаты их сравнительного анализа по критерию U Манна-Уитни представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Средние значения показателей агрессивности и враждебности в двух группах

Шкалы	Среднее значение \pm стандартное отклонение	
	Здоровые лица	Лица, страдающие ГБ
Физическая агрессия	3,51 \pm 1,08	3,96 \pm 2,59
Косвенная агрессия	4,04 \pm 2,32	5,82 \pm 3,27**
Раздражение	3,71 \pm 1,29	5,67 \pm 2,64**
Негативизм	3,12 \pm 1,27	5,28 \pm 1,87**
Обида	3,44 \pm 1,52	3,63 \pm 1,91
Подозрительность	3,58 \pm 2,12	4,29 \pm 2,62*
Вербальная агрессия	4,83 \pm 1,94	5,86 \pm 2,13*
Вина	3,31 \pm 1,48	7,18 \pm 3,54**
Индекс агрессивности	4,12 \pm 2,51	5,21 \pm 2,14*
Индекс враждебности	3,52 \pm 1,76	3,96 \pm 1,18

Условные обозначения: ** – значимые различия с группой здоровых лиц при $p \leq 0,01$;

* – значимые различия с группой здоровых лиц при $p \leq 0,05$.

Согласно данным таблицы 1, в группе здоровых лиц показатели агрессивности и враждебности в целом соответствуют нормативным значениям. В группе лиц, страдающих гипертонической болезнью, показатели физической агрессии, обиды и индекса враждебности соответствуют норме, тогда как показатели косвенной агрессии, раздражения, негативизма, подозрительности, вербальной агрессии, вины и индекса агрессивности – выше нормы. Согласно результатам критерия Манна-Уитни, в сравнении с группой здоровых лиц в группе лиц, страдающих гипертонической болезнью, значимо повышены показатели косвенной агрессии (при $p \leq 0,01$), раздражения (при $p \leq 0,01$), негативизма (при $p \leq 0,01$), подозрительности (при $p \leq 0,05$), вербальной агрес-

сии (при $p \leq 0,05$), чувства вины (при $p \leq 0,01$) и индекса агрессивности (при $p \leq 0,05$).

Результаты исследования ассертивности у здоровых лиц и у лиц, страдающих гипертонической болезнью, в виде средних значений и стандартных отклонений показателей в двух группах, а также результаты их сравнительного анализа по критерию U Манна-Уитни представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Сравнение показателей ассертивности у здоровых лиц и лиц, страдающих ГБ

Параметр	Среднее значение \pm стандартное отклонение	
	Здоровые лица	Лица, страдающие ГБ
Независимость, автономность	4,51 \pm 2,58	7,72 \pm 1,84**
Уверенность, решительность	5,13 \pm 2,01	3,69 \pm 1,24*
Социальная желательность	2,14 \pm 1,33	3,87 \pm 1,19*

Условные обозначения: ** – значимые различия с группой здоровых лиц при $p \leq 0,01$;

* – значимые различия с группой здоровых лиц при $p \leq 0,05$.

Согласно данным таблицы 2, показатели по шкале «Независимость, автономность» у здоровых лиц соответствуют средней степени выраженности. Это означает, что в целом эти испытуемые достаточно самостоятельны и независимы, но при этом внимательно и уважительно относятся к мнениям других людей и стремятся достигать своих целей, не ущемляя интересы окружающих людей. В группе лиц, страдающих ГБ, показатели по данной шкале превышают средний уровень. Это означает, что у обследованных лиц, страдающих ГБ, в целом чрезмерно выражено стремление к независимости, снижена склонность прислушиваться к мнению других, имеется тенденция переоценивать себя и свои возможности. Согласно результатам U-критерия, в группе лиц, страдающих ГБ, показатели независимости значимо выше (при $p \leq 0,01$), чем в группе здоровых лиц.

Показатели по шкале «Уверенность, решительность» в группе здоровых лиц выражены умеренно. Это говорит о том, что большинство здоровых людей в целом знают, чего хотят, и идут к цели, опираясь на свои собственные силы, но их ассертивность проявляется преимущественно в типичных ситуациях, а изменение обстоятельств может нарушать их уверенность в себе. В группе лиц, страдающих ГБ, по-

казатели по данной шкале выражены слабо. Это говорит о том, что у большинства из них выражен страх перед непредвиденными ситуациями, поэтому они постоянно испытывают разного рода сомнения, опасения. Согласно результатам критерия Манна-Уитни, у лиц, страдающих ГБ, показатели уверенности значимо ниже (при $p \leq 0,05$), чем у здоровых лиц.

Показатели по шкале «Социальная желательность» в обеих в группах выражены умеренно. Иными словами, испытуемые обеих групп проявляют некоторую зависимость от мнения окружающих, и стремление давать социально желательные реакции оказывает определенное влияние на их поведение. По результатам U-критерия у лиц, страдающих ГБ, показатели социальной желательности выше (при $p \leq 0,05$), чем у здоровых лиц.

Результаты исследования склонности к манипуляциям в межличностной сфере с помощью «Шкалы макиавеллизма» Р. Кристи и Ф. Гейс у здоровых испытуемых и у лиц, страдающих ГБ, в виде средних значений и стандартных отклонений показателей макиавеллизма в двух группах, а также результаты их сравнительного анализа по критерию U Манна-Уитни представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Сравнение показателей макиавеллизма у здоровых лиц и лиц, страдающих ГБ

Параметр	Среднее значение \pm стандартное отклонение	
	Здоровые лица	Лица, страдающие ГБ
Макиавеллизм	101,47 \pm 23,89	88,32 \pm 14,76*

Условные обозначения: * – значимые различия с группой здоровых лиц при $p \leq 0,05$.

Согласно данным таблицы 3, у здоровых лиц показатели макиавеллизма выражены умеренно, а у лиц, страдающих ГБ, они превышают норму. Согласно результатам сравнительного анализа по критерию Манна-Уитни, у лиц, страдающих ГБ, показатели макиавеллизма значимо выше (при $p \leq 0,05$), чем у здоровых лиц.

Таким образом, в ходе проведенного исследования установлено, что в сравнении со здоровыми испытуемыми у лиц, страдающих гипертонической болезнью, значимо повышены показатели вербальной и косвенной агрессии, подозрительности, раздражения, негативизма, чувства вины и индекса агрессивности на фоне нормативных показате-

телей открытой прямой агрессии. Это свидетельствует о том, что лица, страдающие гипертонической болезнью, отличаются выраженными агрессивными и враждебными импульсами, которые они не склонны проявлять напрямую из-за опасения социального осуждения и/или самоосуждения, поэтому реализуют их окольным путем – в виде смещения агрессии на посторонние объекты, вспыльчивости, грубости, подозрительности, оппозиционной манеры поведения, проклятий, угроз и т.п.

В структуре ассертивности у лиц, страдающих гипертонической болезнью, в сравнении со здоровыми испытуемыми значительно повышены показатели независимости-автономности и социальной желательности на фоне значимого снижения показателей уверенности-решительности. Это свидетельствует о том, что лица, страдающие гипертонической болезнью, склонны переоценивать себя, стремятся к личной автономии и демонстрируют независимость от окружающих людей и их мнений. При этом уверенность в себе у этих людей настолько снижена, что их поведение во многом определяется внешними оценками, и даже в случае успеха они испытывают сомнения и опасения.

Показатели макиавеллизма у лиц, страдающих гипертонической болезнью, значительно выше, чем у здоровых лиц. Это означает, что лица, страдающие гипертонической болезнью, склонны к манипулятивному поведению ради достижения своих целей.

Выявленные в настоящем исследовании данные свидетельствуют о том, что у лиц, страдающих гипертонической болезнью, выраженное стремление к автономии, независимости и нежелание прислушиваться к мнению других сочетается с нерешительностью, страхом перед непредвиденными ситуациями и зависимостью от внешних оценок, поэтому их попытки вести себя ассертивно часто выливаются в агрессию или манипулирование окружающими. Полученные результаты согласуются с данными литературы о лежащем в основе ГБ глубинном конфликте между желанием открыто выразить враждебность и потребностью в социально адаптированном поведении (Александр, 2014), между агрессивными импульсами и чувством зависимости (Менделевич, 2002; Сидоров, 2006).

Выводы:

1. В сравнении с группой здоровых лиц в группе лиц, страдающих гипертонической болезнью, значительно повышены показатели косвенной агрессии, раздражения, негативизма, подозрительности, вербальной агрессии, чувства вины и индекса агрессивности.

2. В сравнении с группой здоровых лиц в группе лиц, страдающих гипертонической болезнью, значительно повышены показатели независимости и социальной желательности и значительно снижены показатели уверенности.

3. В сравнении с группой здоровых лиц в группе лиц, страдающих гипертонической болезнью, значительно повышены показатели макиавеллизма.

Список литературы

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2014. 320 с.
2. Большой психологический словарь / сост. и отв. ред. Б. Н. Мещеряков, В. П. Зинченко. М.: АСТ, 2014. 816 с.
3. Грачев Г. В., Мельник Г. В. Манипулирование личностью. М.: Эксмо, 2013. 384 с.
4. Знаков В. В. Макиавеллизм, манипулирование поведения и взаимопонимание в межличностных отношениях // Вопросы психологии. 2002. № 6. С. 41-49.
5. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: в 2 т. М.: Медицина, 2002. Т.1. 672 с.
6. Макаров В. В., Макарова Г. А. Ассертивность // Психотерапия. 2004. № 6. С. 2-8.
7. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: МЕДпресс, 2002. 608 с.
8. Рагозинская В. Г. Особенности эмоциональных состояний при гипертонической болезни // Профилактическая и клиническая медицина. 2011. № 2-2. С. 369-370.
9. Рагозинская В. Г. Особенности структуры агрессивности и ее нейрофизиологические корреляты у больных психосоматическими заболеваниями // Профилактическая и клиническая медицина. 2013. № 2 (47). С. 92-95.
10. Сидоров П. И., Соловьев А. Г., Новиков И. А. Психосоматическая медицина. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 568 с.
11. Диагностика и лечение артериальной гипертензии: Российские рекомендации (четвертый пересмотр) / И. Е. Чазова, Л. Г. Ратова, С. А. Бойцов, Д. В. Небиеридзе. М.: Всероссийское научное общество кардиологов, 2011. 35 с.
12. Шамиева В. А. Ассертивность в структуре личности субъекта адаптации. Хабаровск: Издательство ДГУПС, 2011. 120 с.
13. Шостром Э. Анти-Карнеги, или Человек-манипулятор. М.: Эксмо-Пресс, 2011. 240 с.
14. Denollet J. Type D personality. A potential risk factor refined // Journal of Psychosomatic Research. 2012. Vol. 49. P. 255-266.
15. Friedman R. Psychological variables in hypertension: relationship to casual or ambulatory blood pressure in men // Psychosomatic Medicine. 2011. Vol. 63. P. 19-31.
16. Ragozinskaya V. G. Features of psychosomatic patients' aggressiveness // Procedia – Social and Behavioral Sciences. 2013. Vol. 86. P. 232-235.

ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ РЕАДАПТАЦИИ К НОВЫМ КЛИМАТИЧЕСКИМ УСЛОВИЯМ У МИГРАНТОВ КРАЙНЕГО СЕВЕРА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

^{1,2} Р. А. Яскевич

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

² ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера», г. Красноярск, Россия

Аннотация. Важными факторами, связанными с миграционными процессами, являются изменения в состоянии здоровья мигрирующих масс населения, особенно со стороны сердечно-сосудистой системы. Смена постоянного места жительства является стрессирующим фактором, так как наряду с климатическими условиями изменяются и социальные факторы. Обусловленные сменой места работы или уходом на пенсию снижение уровня жизни, необходимость менять многие старые привычки, потребности и установки, приводят к нарушению социальной реадaptации. В свою очередь, социальная дезадаптация является основной причиной возникновения психосоматической патологии. Научно обоснованные регламентные сроки выезда в другие климатогеографические зоны и выбор регионов, куда целесообразен переезд жителей Крайнего Севера, с меньшей «платой за реадaptацию» позволят упорядочить обратную «миграцию» в южные районы страны. Обследованы мигранты Крайнего Севера, проживающие ранее на Крайнем Севере и переехавшие в дальнейшем на постоянное место жительства в Центральную Сибирь. Обследование включало: общеклинические методы, анкетирование, ЭХОКГ, ЭКГ покоя, СМАД, регистрацию скорости распространения пульсовой волны по артериям мышечного и эластического типов, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, антропометрию, биохимические исследования. Для выявления и оценки тяжести тревожно-депрессивных расстройств использовалась валидизированная в России госпитальная шкала тревоги и депрессии — HADS (The Hospital Anxiety and Depression scale). Установлено, что у мигрантов Крайнего Севера с АГ отмечается высокая частота встречаемости тревожной-депрессивной симптоматики. Выявлено, что с увеличением сроков проживания в новых климато-географических условиях выраженность и частота встречаемости тревоги и депрессии увеличивается. Полученные в результате проведен-

ного исследования закономерности целесообразно учитывать при построении программы реабилитации и прогнозировании её эффективности, при проведении психотерапии и психопрофилактики у данного контингента больных. Динамическое исследование психологического статуса мигрантов Крайнего Севера должно стать неременным элементом мониторинга состояния больного, результативности лечения и реабилитации.

Ключевые слова: Крайний Север, тревога, депрессия, адаптация, ре-адаптация, артериальная гипертония.

Актуальность. Ежегодно из Крайнего Севера в более комфортные климатогеографические регионы России выезжает большое количество людей. По данным Роскомстата каждый год 40-50 тыс. человек покидает данную природно-географическую зону. Важными факторами, связанными с миграционными процессами, являются изменения в состоянии здоровья мигрирующих масс населения, особенно со стороны сердечно-сосудистой системы (Polikarpov, 2013).

Сердечно-сосудистая система является индикатором адаптационно-приспособительных реакций целостного организма. Следует заметить, что артериальная гипертония (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимают ведущее место в структуре причин обратной миграции лиц из районов Крайнего Севера (Поликарпов, 2005, 2008). Климатические условия играют определенную роль в реадаптации организма человека в новых условиях проживания (Polikarpov, 2013). И не смотря на то, что вопросам реадаптации жителей Крайнего Севера, с переездом на новое место жительства в другие климатические условия посвящено крайне небольшое число работ (Polikarpov, 2013; Яскевич, 2013, 2014; Игнатова, 2015), важность изучаемой проблемы остается актуальной.

В ходе переселения перед мигрантами Крайнего Севера встают как задачи социально-экономического обустройства и проживания на новой для них территории, так и комплекс медико-психологических проблем, связанных с адаптацией к новым для них климатическим условиям (Polikarpov, 2013, Яскевич, 2013, 2014). Смена постоянного места жительства является стрессорирующим фактором, так как наряду с климатическими условиями изменяются и социальные факторы (Polikarpov, 2013). Обусловленные сменой места работы или уходом на пенсию снижение уровня жизни, необходимость менять многие старые привычки, потребности и установки, приводят к нарушению социальной реадаптации (Лобова, 2007). В свою очередь, социальная дезадаптация является основной причиной возникновения психосоматической патологии (Артюхов, 2013; Davydov, 2013; Филимонова, 2016).

Показано, что высокий уровень тревожности в процессе реадaptации мигрантов Крайнего Севера к условиям средних широт выявлялся среди 55,5% обследованных и имел тенденцию к росту с возрастом. В свою очередь научно обоснованные регламентные сроки выезда в другие климатогеографические зоны и выбор регионов, куда целесообразен переезд жителей Крайнего Севера, с меньшей «платой за реадaptацию» позволят упорядочить обратную «миграцию» в южные районы страны, а своевременное проведение лечебно-профилактических мероприятий на различных этапах адаптагенеза снизят заболеваемость некоренного населения Крайнего Севера (Polikarov, 2013). В связи, с чем большой интерес вызывает изучение психосоматического статуса у мигрантов Крайнего Севера с артериальной гипертонией во время реадaptации к новым климатическим и социально-экономическим условиям, что позволит выявить и оценить объективные данные о нарушении и динамике состояния здоровья этих пациентов.

Цель исследования: оценить показатели тревоги и депрессии в различные периоды реадaptации к новым климатическим условиям и причины, влияющие на его снижение у мигрантов Крайнего Севера с артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы исследования. В исследование было включено 199 пациентов с артериальной гипертонией (АГ) II – III стадии (по рекомендациям ВНОК–2010, ESH/ESC–2009), средний возраст 66,02 лет (95%ДИ: 64,8–67,2). Обследуемые были распределены на основную и контрольную группы. Основную группу составили мигранты Крайнего Севера (145 чел., средний возраст – 67,8 лет (95%ДИ: 66,8–68,8)), проживающие ранее на Крайнем Севере и переехавшие в дальнейшем на постоянное место жительства в Центральную Сибирь (г. Красноярск и г. Минусинск), в качестве группы контроля были обследованы 54 пациента с АГ, проживающие в г. Красноярске (средний возраст – $63,7 \pm 1,4$ лет (95%ДИ: 67,2–71,4)). Группы по возрасту не отличались ($p=0,19$).

Обследование включало: общеклинические методы, анкетирование, эхокардиография, электрокардиография покоя, суточное мониторирование артериального давления, изменение скорости распространения пульсовой волны по артериям мышечного и эластического типов, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, антропометрию, исследование липидов сыворотки, проведение стандартного теста толерантности к глюкозе.

Для выявления и оценки тяжести тревожно-депрессивных расстройств использовалась валидизированная в России госпитальная шкала тревоги и депрессии — HADS (The Hospital Anxiety and Depression scale) разработанная в 1983 г. Zigmond A.S. и Snaith R.P. (Zigmond, 1983).

Шкала обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии. Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы: подшкала А – «тревога»: нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13; подшкала D – «депрессия»: четные пункты 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале (А и D), при этом выделяются 3 области значений: от 0-7 баллов – норма, 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия.

Исследование соответствовало этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» (2000 г.) и с Правилами клинической практики в Российской Федерации, утвержденными Приказом Минздрава РФ №266 (2003 г.) и проводилось в соответствии с информированным согласием на участие.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ Statistica 6.1. При статистических расчетах использовались непараметрические критерии. Предварительно определялось соответствие выборок закону нормального распределения. В случае отклонения выборок от нормального распределения использовались: F- критерий Фишера, U-критерий Мана-Уитни. Полученные данные представлены в виде средней величины и доверительного интервала. Две независимые группы сравнивались с помощью U-критерия Манна-Уитни. Анализ различия частот в двух независимых группах проводился при помощи точного критерия Фишера с двусторонней доверительной вероятностью, критерия χ^2 с поправкой Йетса. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При оценке индивидуальной выраженности тревожно-депрессивной симптоматики было установлено, что симптомы тревоги разной степени выраженности отмечались у 44,3% обследуемых мигрантов Крайнего Севера, при этом у 23,8% опрошенных они носили субклинический характер, у 20,5% - клинически значимый (рис. 1.). В медикаментозной коррекции нуждалось 7,3% мигрантов, так как показатель выраженности клинических симптомов тревоги у них составил 16 и более баллов. Среди пациентов контрольной группы симптомы тревоги отмечались у 51,8% обследованных, при этом у 31,4% опрошенных они носили субклинический характер, у 20,4% - клинически значимый уровень тревоги. Симптомы депрессии разной степени выраженности имелись у 54,1% обследованных мигрантов Крайнего Севера, из них у 33,6% - субклинического характера, у 20,5% - клинического (рис. 1.). Субклинически выраженная депрессия отме-

чалась у каждого четвертого пациента контрольной группы - 25,9%, клинически выраженный уровень депрессии у каждого пятого - 20,4%.

Полученные нами данные свидетельствуют о высокой частоте встречаемости тревожной-депрессивной симптоматики среди мигрантов Крайнего Севера с АГ и согласуются с результатами проведенных ранее междисциплинарных исследований (Чазов, 2007; Смулевич, 2007; Давыдов, 2012; Ларева, 2013).

Для оценки влияния сроков проживания в новых климато-географических условиях (реадаптации) на выраженность тревожно-депрессивных состояний у мигрантов Крайнего Севера, обследуемые были разделены на группы в зависимости от сроков проживания в южных регионах Красноярского края (Центральная Сибирь) после миграции с Крайнего Севера. Первую группу составили обследуемые с длительностью проживания до 5 лет, вторую - 6-10 лет, третью более 10 лет.

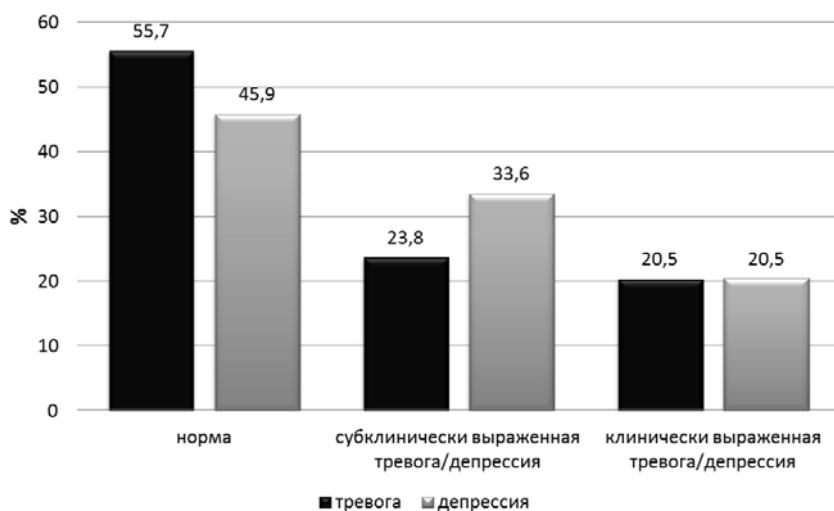


Рис. 1. Показатели тревоги и депрессии у обследуемых мигрантов Крайнего Севера

Установлено, что по приезду на новое место жительства в первые 5 лет усреднённые баллы тревоги и депрессии по шкале HADS соответствовали нормальным значениям. Средний показатель выраженности уровня тревоги составил $6,8 \pm 0,8$ балла, средний показатель выраженности уровня депрессии $5,9 \pm 0,9$ балла. С увеличением длительности проживания в новых экологических условиях от 6 до 10 лет отмечалась тенденция в увеличении показателей выраженности уровней тревоги - $8,0 \pm 0,6$ балла и депрессии - $7,4 \pm 0,4$ балла

соответственно. При сроках реадaptации свыше 10 лет отмечалась тенденция к некоторому снижению показателей выраженности тревоги $-7,6 \pm 0,6$ балла и росту показателей выраженности депрессии до $8,7 \pm 0,5$ баллов.

В целом по группе обследованных мигрантов Крайнего Севера в первые 5 лет после переезда на новое место жительства показатели тревоги и депрессии по шкале HADS не выходили за пределы референсных значений, однако показатели тревоги были выше в сравнении с показателями депрессии. При сроках проживания от 6 до 10 лет отмечалось увеличение средних показателей выраженности тревоги и депрессии до субклинического уровня. Через 10 лет после переезда на новое место жительства, показатели депрессии продолжали нарастать, при этом показатели выраженности тревоги несколько снижались, но оставались на субклиническом уровне.

Анализ частоты встречаемости различных уровней тревоги в зависимости от сроков реадaptации показал, что 66,6% обследованных мигрантов первой группы не имели тревоги, симптомы тревоги разной степени выраженности отмечались у 34,3% обследуемых, при этом у 16,7% мигрантов они носили субклинический характер, и у 16,7% обследованных - клинически значимый (рис. 2.). Среди мигрантов второй группы симптомы тревоги разной степени выраженности имелись у 49%, из них 24,5% - субклинического характера и 24,5% - клинического. В третьей группе 55,6% не имели тревоги, 25,9% имели субклинически выраженную и 18,5% клинически выраженную тревогу (рис. 2.)

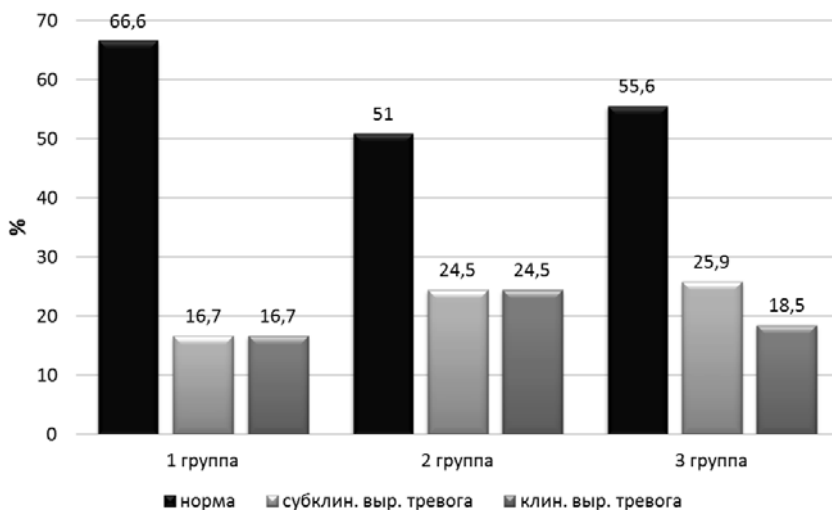


Рис. 2. Показатели уровней тревоги у обследуемых мигрантов Крайнего Севера в зависимости от сроков реадaptации

Анализ частоты встречаемости различных уровней депрессии по шкале HADS в зависимости от сроков реадaptации показал, что 72,2% обследованных мигрантов первой группы не имели депрессии, симптомы депрессии разной степени выраженности отмечались у 27,8% обследуемых, при этом у 11,1% мигрантов они носили субклинический характер, и у 16,7% - клинически значимый (рис. 3.). Среди мигрантов второй группы симптомы депрессии разной степени выраженности имелись у 51%, из них 36,7% - субклинического характера и 14,3% - клинического. В третьей группе 33,3% не имели депрессии, 38,9% обследованных имели субклинически выраженную и 27,8% клинически выраженную депрессию (рис. 3.)

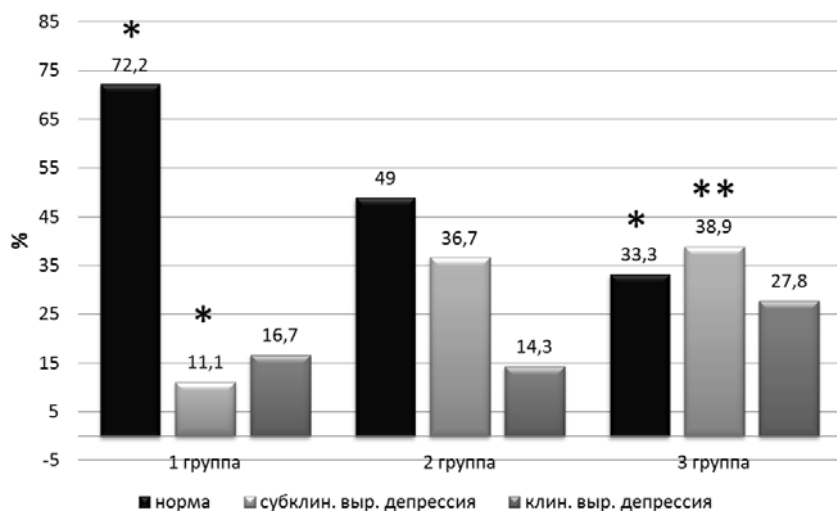


Рис. 3. Показатели уровней депрессии у обследуемых мигрантов Крайнего Севера в зависимости от сроков реадaptации
Примечание -*- $p=0,009$, **- $p=0,05$

Резюмируя вышеизложенное, следует отметить, что при увеличении времени проживания при возвращении в Южные регионы Сибири уровень тревоги значительно не меняется, отмечается тенденция в увеличении пациентов с субклинически выраженной и клинически выраженной тревогой, тогда как уровень депрессии статистически значимо увеличивается.

На основании полученных данных можно констатировать, что у обследованных мигрантов Крайнего Севера с АГ на основе использова-

ния шкале HADS, установлены особенности психологического статуса, способные повлиять как на течение болезни, так и на результат лечения. Выявленные в результате проведенного исследования закономерности целесообразно учитывать при построении программы реабилитации и прогнозировании её эффективности, при проведении психотерапии и психопрофилактики у данного контингента больных. Динамическое исследование психологического статуса мигрантов Крайнего Севера должно стать неременным элементом мониторинга состояния больного, результативности лечения и реабилитации.

Выводы:

1. У мигрантов Крайнего Севера с АГ выявлена высокая частота встречаемости тревожной-депрессивной симптоматики.

2. Установлено, что с увеличением сроков проживания в новых климато-географических условиях выраженность и частота встречаемости тревоги и депрессии увеличивается, что целесообразно учитывать при построении программы реабилитации и прогнозировании её эффективности, при проведении психотерапии и психопрофилактики у данного контингента больных.

Список литературы

1. Социально-экономическая характеристика старших возрастных групп больных с артериальной гипертонией / И. П. Артюхов, Е. Л. Давыдов, В. Ф. Капитонов, Е. И. Харьков // Сибирское медицинское обозрение. 2013. № 6. С. 78–83.

2. Влияние тревожно-депрессивных расстройств на качество жизни слабослышащих мигрантов Крайнего Севера в период реадаптации к новым климатическим условиям / Р. А. Яскевич, И. А. Игнатова, С. Н. Шмилов [и др.] // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 4. С. 279.

3. Влияние тревожно-депрессивных расстройств на качество жизни у мигрантов Крайнего Севера с артериальной гипертонией / Р. А. Яскевич Л. С. Поликарпов, Е. В. Деревянных [и др.] // Фундаментальные исследования. 2014. № 10–6. С. 1215–1219.

4. Давыдов Е. Л. Значение тревожных и депрессивных состояний у больных старших возрастных групп с артериальной гипертонией // Успехи геронтологии. 2012. Т. 25, № 3. С. 442–447.

5. Депрессии и возможности их лечения в общемедицинской практике (предварительные результаты программы ПАРУС) / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая, М. Ю. Дробижев [и др.] // Психические расстройства в общей медицине. 2007. № 2. С. 25–30.

6. Особенности эластических свойств сосудов у слабослышащих мигрантов Крайнего Севера с артериальной гипертонией в период реадаптации к новым климатическим условиям / И. А. Игнатова, Р. А. Яскевич, С. Н. Шмилов, Л. И. Покидышева // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 6–0. С. 219.

7. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца

(КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования / Е. И. Чазов, Р. Г. Оганов, Г. В. Погосова [и др.] // Кардиология. 2007. № 3. С. 28–37.

8. Ларева Н. В., Валова Т. В. Тревога и депрессия у больных пожилого возраста, страдающих артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца // Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). 2013. Т. 117, № 2. С. 53–56.

9. Лобова В. А., Буганов А. А. Клинико-эпидемиологическая оценка аффективной сферы у северян разных этнических групп в Ямальском регионе // Экология человека. 2007. № 7. С. 43–47.

10. Оценка качества жизни у пожилых мигрантов Крайнего Севера в период реадaptации к новым климатическим условиям / Р. А. Яскевич, Е. В. Деревянных, Л. С. Поликарпов [и др.] // Успехи геронтологии. 2013. Т. 26, № 4. С. 652–657.

11. Метеотропные реакции сердечно-сосудистой системы и их профилактика / Л. С. Поликарпов, А. В. Лапко, И. И. Хамнагадаев, Р. А. Яскевич. Новосибирск: Наука, 2005. 196 с.

12. Социально-эпидемиологическая характеристика артериальной гипертонии в условиях Севера и Сибири / Л. С. Поликарпов, И. И. Хамнагадаев, В. Т. Манчук [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. 2008. № 4(52). С. 92–95.

13. Тревожно-депрессивные расстройства у пожилых мигрантов Крайнего Севера в период реадaptации к новым климатическим условиям / Р. А. Яскевич, И. И. Хамнагадаев, Е. В. Деревянных [и др.] // Успехи геронтологии. 2014. Т. 27, № 4. С. 672–677.

14. Филимонова, Л. А. Психосоматические проблемы пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертонией / Л. А. Филимонова, Е. Л. Давыдов, Р. А. Яскевич // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 3. С. 106.

15. Частота сердечно-сосудистой патологии, содержание микроэлементов в различных средах в условиях Севера / Л. С. Поликарпов, И. И. Хамнагадаев, Е. Б. Иванова [и др.] // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). 2005. Т. 20, № 2. С. 55–57.

16. Anxietydepressive disorders in elderly migrants of the far North in the period of readaptation to new climatic conditions / R. A. Yaskevich [et al.] // Advances in Gerontology. 2015. Vol.5, № 3. P. 157-162.

17. Davydov E. L. The significance of nervous and depressive states in elderly patients with arterial hypertension // Advances in Gerontology. 2013. Vol.3, № 2. P. 112-117.

18. Estimation of the quality of life in elderly migrants of the far North in the period of readaptation to new climatic conditions / R. A. Yaskevich [et al.] // Advances in Gerontology. 2014. Vol. 4, № 3. P. 213–217.

19. Re-adaptation of patients with arterial hypertension long-term residents of the Far North to new climatic conditions / L. S. Polikarpov [et al.] // Int. J. Circumpolar Health. 2013. Vol.72, Suppl. 1. P. 337–339.

20. Zigmond A. S., Snaith R. P. The Hospital Anxiety and Depression scale // Acta. Psychiatr. Scand. 1983. Vol. 67. P. 361–370.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ И ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ И ПРОГРАММЫ В ОБРАЗОВАНИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

УДК 159.9

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ НА РАЗВИТИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Н. В. Голева

ФМБА России «Сибирский научно-клинический центр»,
г. Красноярск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты исследования влияния одной из разновидностей профессиональных личностных деформаций - синдрома эмоционального выгорания на развитие психосоматических расстройств у медицинских работников. Профессиональная деятельность медицинских работников, участвующих в лечении и реабилитации больных, предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс, что в свою очередь может поспособствовать эмоциональному выгоранию и развитию психосоматических расстройств. По результатам работы выявлено, что синдром эмоционального выгорания характеризуется выраженным сочетанием симптомов нарушения в психической, соматической и социальной сферах жизни.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, психосоматические нарушения, медицинские работники, стресс.

Актуальность выбранной темы обусловлена тем, что на данный момент в сфере оказания медицинской помощи синдром эмоционального выгорания – одна из серьезнейших проблем. Помимо развития психосоматических заболеваний, СЭВ напрямую влияет на психоэмоциональное состояние, от которого зависит социальная и личная жизнь человека.

Проблематика стрессоустойчивости человека в различных профессиях с давних пор привлекала внимание психологов различных на-

правлений. В классических исследованиях Г. Селье, а позднее А. Лазаруса, было показано, что длительное воздействие стресса приводит к снижению общей психической устойчивости организма, появлению чувства неудовлетворенности результатами своей деятельности, тенденции к отказу от выполнения заданий, в ситуациях повышенных требований, неудач и поражений. Анализ факторов, вызывающих подобные симптомы в различных видах деятельности, показал, что медицинские работники гораздо чаще других профессий из сферы «человек - человек», начинают испытывать чувство внутренней эмоциональной опустошенности вследствие необходимости постоянных контактов с другими людьми. Стоит отметить, что помимо постоянных контактов с большим количеством людей труд медицинских работников ответственен, требует выносливости, предполагает высокую и постоянную психоэмоциональную нагрузку, а также необходимость принятия решений в экстремальных ситуациях. В классификации профессий А.С. Шафрановой, по «критерию трудности и вредности» медицина относится к профессии высшего типа, именно поэтому медицинские работники находятся в группе риска, как специалисты, наиболее подверженные синдрому эмоционального выгорания (Малыгин, 2008).

Эмоциональное выгорание представляет собой приобретенный стереотип, чаще всего профессионального поведения. Не стоит говорить о безусловном разрушающем воздействии «выгорания» на человека, т.к. «эмоциональное выгорание» как механизм психологической защиты, позволяет человеку дозировать и экономно расходовать свои энергетические ресурсы. С другой стороны, могут возникать его дисфункциональные следствия, что может, является формой профессиональной деформации личности, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности, состоянии здоровья и отношениях с коллегами.

Говоря о влиянии эмоционального выгорания на соматическое состояние медицинского работника, особое внимание стоит уделить симптоматике данного синдрома:

- снижение иммунитета;
- неспособность к релаксации в свободное время (повышенная тревожность и возбудимость);
- бессонница, сексуальные расстройства;
- повышенное давление, тахикардия, головные боли;
- боли в позвоночнике, расстройства пищеварения;
- зависимость от никотина, кофеина, алкоголя.

Все это существенно снижает не только уровень работоспособности, но и жизни в целом.

Данное исследование проводилось на базе ФСНКЦ ФМБА РОССИИ города Красноярска.

В исследовании приняли участие 50 медицинских работников разного профиля, имеющие стаж более 5 лет в профессии:

- 20 человек врачи и медицинские сестры амбулаторного звена.

- 15 человек врачи и фельдшера скорой медицинской помощи.

- 15 человек врачи и медицинские сестры хирургического отделения (хирурги, анестезиологи, реаниматологи)

Приступая к исследованию, важным положением является, что профессиональная деятельность медицинских работников, участвующих в лечении и реабилитации больных, предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс, что в свою очередь может способствовать эмоциональному выгоранию и развитию психосоматических расстройств.

Целью исследования является выявление влияния эмоционального выгорания на развитие психосоматических расстройств у медицинских работников.

Данная цель конкретизировалась решением следующих задач:

- Изучить какой процент медицинских работников имеют сформированный синдром эмоционального выгорания.

- Определить какое количество работников с эмоциональным выгоранием страдают психосоматическими расстройствами.

- Выявить взаимосвязь эмоционального выгорания с развитием психосоматических расстройств у медицинских работников.

Для реализации поставленных задач был использован комплекс методов:

- теоретические методы: теоретико-методологический анализ, обобщение и интерпретация научных данных;

- эмпирические методы: наблюдение, беседа, письменный опрос, электронное тестирование;

- психодиагностические методы:

Для диагностики эмоционального выгорания: Дифференциальная диагностика депрессивных состояний В.А. Жмурова; Опросник на эмоциональное выгорание В.В. Бойко; Опросник на выгорание (МВІ) К. Маслач и С. Джексон

Для диагностики психосоматических расстройств: Методика «Шкала психологического стресса PSM-25»; Методика «Оценка нервно-психиче-

ского напряжения» Т.А. Немчин; Гиссенский опросник соматических жалоб; Торонтская шкала алекситимии (TAS).

Исследование проводилось в течение рабочего дня, в спокойной, доброжелательной обстановке, максимально располагающей сотрудников на прохождение тестирования, что позволило максимально объективно оценить результат проведенной работы.

Анализируя зарубежную литературу можно выделить два основных подхода к определению эмоционального выгорания и его симптоматики: результативный и процессуальный.

Наиболее распространенная концепция результативного подхода трехфакторная модель К. Маслач и С. Джексон. Выгорание, по мнению авторов, это ответная реакция на длительные профессиональные стрессы межличностных коммуникаций, включающая три компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию персональных достижений (Водопьянова, 2008).

В результате проведенной диагностики по опроснику МВІ состояние «приглушенности», «притупленности» эмоций, ощущают более чем 40% медицинских работников участвующих в исследовании. Эмоциональное истощение определяется в ощущениях эмоционального перенапряжения и в чувстве опустошенности, истощенности собственных эмоциональных ресурсов. Человек чувствует, что не может отдаваться работе, как раньше, теряет интерес к решению профессиональных вопросов (Сидоров, 2010).

У более 55% опрошенных, значительные превышения показателей по шкале деперсонализации, которая представляет собой тенденцию развивать негативное, бездушное, циничное отношение к пациентам. Контакты с окружающими становятся обезличенными и формальными. Возникающие негативные установки могут поначалу иметь скрытый характер и сдерживаются внутри. Со временем все чаще возникают вспышки раздражения, приводящие к конфликтным ситуациям (Сидоров, Водопьянова, Старченкова)

Редукция профессиональных достижений может проявляться как снижение чувства компетентности в своей работе, недовольство собой, уменьшение ценности своей деятельности, негативное восприятие себя как профессионала и личности. Вследствие этого у человека постепенно снижается как профессиональная, так и личная самооценка, появляется чувство собственной не состоятельности и безразличия к работе. По данной шкале значительные показатели выявлены более чем у 50% сотрудников. По мнению В.А. Бодрова, люди с низкой са-

мооценкой справляются со стрессом хуже, чем люди с высокой самооценкой, если же медицинские работники оценивают себя в профессии достаточно высоко, меньше вероятности, что они будут интерпретировать многие события в своей работе как стрессовые и, соответственно, меньше подвергаться риску эмоционального выгорания (Винокур 2010).

Процессуальная концепция выгорания, представлена в работе В.В. Бойко описывающего его с точки зрения основных стадий стресса, согласно концепции Г. Селье.

По определению В.В. Бойко, эмоциональное выгорание - это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.

Согласно В.В. Бойко, развитие синдрома эмоционального выгорания проходит три фазы, которые и были исследованы у медицинских работников ФСНКЦ ФМБА России.

Первая – фаза эмоционального напряжения. По данной фазе мы получили высокие показатели более чем у 40% всех опрошенных сотрудников. А ведь основным предвестником и провоцирующим фактором выгорания, является фиксированное состояние тревожного напряжения, при котором наблюдается снижение настроения, раздражительность и депрессивные реакции (Бойко,1996).

Вторая - фаза резистенции (фаза сопротивления), для нее характерно защитное поведение по типу «неучастия», стремление избегать воздействия эмоциональных факторов и ограничение собственного эмоционального реагирования в ответ на незначительные психотравмирующие воздействия. В высоких значениях более чем у 80% опрошенных сотрудников.

Третья - фаза эмоционального истощения, была обнаружена более чем у 60% всех опрошенных. Это говорит о снижении энергетического тонуса, снижении настроения и повышении тревоги. У людей, с высокими показателями в данной фазе, возможны выраженные психовегетативные нарушения и соматические симптомы в виде болевых ощущений, а так же нарушений сердечнососудистой и других систем (Бойко, 1996)

По результатам дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова, депрессия была выявлена у 21 сотрудника, что составляет 41% от общего числа обследуемых. При этом из 21 человека только у 4 сотрудников депрессия имела выраженный характер.

Таким образом, по результатам диагностики эмоционального выгорания, была выявлена группа сотрудников, чьи показатели по всем методикам указывали на наличие СЭВ, их количество составило 22 человека (44%) от числа всех исследуемых.

Следующий этап исследования - разделение исследуемых на контрольную и экспериментальную группу. В экспериментальную группу вошли медицинские работники, у которых по результатам исследования было выявлено эмоциональное выгорание, контрольную группу составили медицинские работники, у которых эмоциональное выгорание выявлено не было.

В комплексной оценке психосоматического статуса медицинских работников важную роль занимает диагностика стресса. В медицину, биологию и психологию он был введен Гансом Селье в 1936 г. Определений термину «стресс» великое множество, в данной работе предполагается, что стресс - это отсроченные негативные последствия острых переживаний, нарушающих дееспособность и здоровье человека (Сидоров, 2010).

Для диагностики стресса была проведена методика «Шкала психологического стресса PSM-25» по ней было выявлено 15 исследуемых из экспериментальной группы, которые имели высокий уровень стресса и 9 из контрольной. Средний уровень стресса обнаружен у 6 исследуемых из экспериментальной и у 8 из контрольной группы. Только у одного исследуемого из экспериментальной группы уровень стресса был низкий.

По результатам комплексной оценки психосоматического статуса, наличие хронических заболеваний в экспериментальной на 17% выше, чем в контрольной группе. Всего сотрудников имеющих хронические заболевания 72%. У 63% исследуемых выявлена склонность к соматизации эмоциональных переживаний, из них в экспериментальной группе на 39% таких сотрудников больше. Наличие психосоматических расстройств обнаружено у 48% всех исследуемых, разница между контрольной и экспериментальной группой на этот раз составила 19%.

Стоит отметить, что по результатам письменного опроса исследуемых, по их мнению, частыми психосоматическими проявлениями становятся: отдышка, головокружение, бессонница, неприятные ощущения в области сердца и желудка, а так же общее недомогание.

Результаты проведенного исследования позволили заключить, что синдром эмоционального выгорания оказывает влияние на формирование психосоматических расстройств у медицинских работников. Так же по-

лученные результаты дают возможность говорить о распространенности СЭВ среди медицинских работников.

В заключении хотелось бы отметить, что врачи, медицинские сестры, фельдшера скорой помощи – это люди, фанатично преданные своему делу и обладающие большим творческим потенциалом. Полученные данные свидетельствуют о необходимости популяризации знаний о СЭВ у медицинских работников и его проявлениях с целью последующей коррекции для сохранения здоровья медицинского персонала и продления его профессионального долголетия.

Список литературы

1. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М.: Филинь, 1996. 472 с.
2. Винокур В. А., Рыбина О. В. Синдром профессионального выгорания у медицинских работников: психологические характеристики и методические аспекты диагностики // Психодиагностика и психокоррекция: рук. для врачей и психологов. СПб.: Питер, 2008. С. 205-235.
3. Винокур В. А. Методика психологической диагностики профессионального «выгорания» в «помогающих» профессиях [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. №1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 07.09.2016).
4. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб. : Питер, 2008. 258 с.
5. Социально-психологические факторы риска формирования эмоционального выгорания у врачей психиатров и наркологов [Электронный ресурс] / В. Л. Малыгин, А. С. Искандирова, Е. Е. Пахтусова, Д. В. Шевченко // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 20.08.2016).
6. Новикова И. А., Попов В. В. Комплаентность и качество жизни психосоматических больных [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. № 6(35). URL: <http://mpj.ru> (дата обращения: 14.09.2016).
7. Сидоров П. И., Новикова И. А. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, качество жизни, медико-социальная помощь больным [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. №1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 16.09.2016).
8. Сидоров П. И., Парняков А. В. Клиническая психология. М.: Гэотар-Медиа, 2010. 880 с.
9. Черникова Т. В., Болучевская В. В., Новикова Ю. Г. Эмоциональное выгорание специалистов помогающих профессий в медицине: возможности ранней психопрофилактики в процессе обучения в вузе [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. №5. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 14.09.2016).

ПРИМЕНЕНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБРАЗОВАНИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Е. В. Зорина, Л. А. Мудрова, Д. С. Каскаева, Л. К. Данилова
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Аннотация. В статье определено значение здоровьесберегающих технологий и методов в сохранении здоровья обучающихся, так как оно в последние годы имеет тенденцию к ухудшению. Будущий врач должен владеть не только культурой научно-профессионального мышления, но и обладать физическим и психическим здоровьем в своей работе. Выделены главные направления здоровьесберегающей деятельности ВУЗа с указанием конкретных технологий и методов требующих внедрения и дальнейшего совершенствования в образовательном процессе. Определены основные виды заболеваний у студентов первого курса.

Ключевые слова: здоровьесберегающие технологии, студенты, образовательная среда.

Актуальность. В последние годы многочисленные исследователи описывают факты ухудшения здоровья и роста заболеваемости у обучающихся. Одной из причин этого процесса является, на наш взгляд, недооценка роли здоровьесберегающих технологий и методов в образовательном процессе. Эти технологии необходимы в вузовской среде, особенно медицинского профиля и они должны стать важнейшим звеном в формировании и укреплении здоровья молодёжи на современном этапе развития общества (Борисова, 2014).

Согласно литературным данным, за последние 15-20 лет наблюдается увеличение заболеваемости среди молодежи на 8-10% (Зершикова, 2013). Если среди старшеклассников страдают хроническими заболеваниями 40-50%, то к окончанию вуза их количество достигает 85-95% (Калужный, 2012; Kalyuzhniy, 2014).

Приоритетным направлением деятельности всего общества сегодня называют охрану здоровья человека, поскольку лишь здоровое поколение в состоянии должным образом усваивать получаемые знания и в будущем быть способным заниматься производительно-полезным трудом (Голобородько, 2013).

Сегодня происходят сложные и неоднозначные процессы обновления учебного процесса в ВУЗах, более эффективно внедряются новые стили и методы обучения студентов. Наряду с бесспорными достижениями в образовании, которые связаны в первую очередь с возможностью свободы выбора программ и технологий обучения, а так же появлением инновационных и альтернативных методов обучения в последние годы особое внимание стали уделять вопросу здоровья обучающихся. Поэтому самыми востребованными технологиями обучения на занятиях становятся программы, включающие здоровьесберегающие технологии и методы. В этих программах должно находить отражение последовательное формирование в любом образовательном учреждении здоровьесберегающего образовательного пространства с обязательным использованием всеми педагогами здоровьесберегающих технологий и методов (Борисова, 2014; Буйнов, 2011).

Получение учащимися образования должно происходить без ущерба для здоровья. Воспитание у учащихся культуры здоровья при обучении, способствует не только формированию грамотности в вопросах здоровья, но и должно находить практическое воплощение в потребности вести здоровый образ жизни и самому заботиться о собственном здоровье (Бахтин, 2012).

Здоровьесберегающие образовательные технологии стали обсуждаться и внедряться в обиходе образовательной среды лишь последние 2–3 года. Некоторые педагоги полагают, что это одна из новых технологий образования, которую как альтернативу можно применять в процессе обучения студентов. Как показывает деятельность педагогов КрасГМУ понятие «здоровьесберегающая» относится к качественной характеристике любой образовательной технологии, показывающей, насколько при реализации данной технологии решается задача сохранения здоровья основных субъектов образовательного процесса - учащихся и педагогов. Поэтому изучение и применение здоровьесберегающих технологий и методов в образовательный процесс КрасГМУ является актуальным и в настоящий момент активно внедряется в практику, т.к. коллектив КрасГМУ уже несколько лет борется за звание университет здорового образа жизни.

Постановка проблемы. В современных условиях неблагоприятной экологической среды и нестабильной социальной обстановки, которая включает в себя:

- природные катаклизмы,
- экологические катастрофы,
- агрессивность окружающего мира,

- а так же стрессовый характер обучения,
- выраженную компьютеризацию общества и др.

Приоритетными задачами преподавателей ВУЗа, на наш взгляд, должно быть создание полноценных условий для сохранения здоровья обучающихся студентов, развитие у них интереса к занятиям, с включением здоровьесберегающих технологий, внедрением этих технологий в ежедневный образовательный процесс. Кроме того необходимо создавать условия для закрепления полученных навыков и умений здоровьесбережения у студентов, с целью улучшения их физического, психического здоровья и создание комфортного состояния в образовательном процессе.

Как считают некоторые авторы, если психолого – педагогические программы и методы направлены на воспитание у обучающихся культуры здоровья, личностных качеств, способствующих сохранению и укреплению здоровья, то их можно отнести к здоровьесберегающим программам и технологиям.

Следует отметить, что ещё не все педагоги нашего ВУЗа уделяют должное внимание здоровьесберегающим технологиям при проведении занятий. Поэтому имеются проблемы в повышении эффективности образовательного процесса по обучению культуре здоровья и применению здоровьесберегающих технологий, прежде всего в среде молодежи, в частности студентов медицинского ВУЗа. Так как основная нагрузка по воспитанию здорового поколения, формированию у них здоровья ложится на процесс образования, поэтому необходима организация подготовки квалифицированных компетентных кадров, владеющих здоровьесберегающими методами и технологиями, основная направленность которых состоит в повышении жизненного потенциала студента, его «адаптивности» к факторам окружающей, в том числе социальной, среды. Ведь студенты - это наше будущее, от которого зависит социально-экономическое благополучие нашей страны и здоровье населения в последующие годы.

Выраженное ухудшение здоровья студентов требует поиска новых, действенных средств и методов для решения проблемы укрепления физического и духовного здоровья молодежи, формирования здорового образа жизни. В качестве ведущих задач по сохранению здоровья в национальной Доктрине развития образования сейчас выделяют: оптимизацию учебного процесса, разработку здоровьесберегающих технологий обучения, формирование ценности здоровья и здорового образа жизни, а также развития ответственности будущих врачей за профилактические мероприятия по повышению потенциала здоровья населения.

Целью работы явился анализ современного состояния ситуации сбережения здоровья студенческой молодежи, и рассмотрение имеющихся здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе КрасГМУ.

В последние годы в КрасГМУ большое внимание стали уделять не только вопросам профессионального образования, но и вопросам воспитания и формирования здорового образа жизни будущих специалистов. При подготовке различных специалистов медицинского профиля в КрасГМУ во все образовательные программы включены такие дисциплины как ЗОЖ (здоровый образ жизни) и ОБЖ (общественная безопасность жизнедеятельности), где студентов обучают навыкам и умениям определения состояния здоровья человека и созданию условий для сохранения здоровья в различных чрезвычайных ситуациях. У студентов первокурсников нашего вуза ещё низкий уровень грамотности в вопросах сохранения и укрепления здоровья, а главное имеется недооценка роли физической культуры, которая является основным методом здоровьесберегающей технологии и направлена на его сохранение.

Если в целом обучение в медицинском ВУЗе направлено на диагностику и лечение заболеваний, то здоровьесберегающие и здоровьеформирующие технологии не находят закрепления навыков и умений по ним, как системы мотивации к ведению здорового образа жизни. До настоящего времени не определена основная образовательная программа специализированной подготовки преподавателей по здоровьесберегающим и здоровьесформирующим технологиям, которую они могли бы применять на практических занятиях, нет единой методики самоопределения здоровья студентом и преподавателем, не определены профессиональные компетентности по здоровьесберегающим технологиям. И, несмотря на давно известные выводы ВОЗ о факторах, влияющих на здоровье: здравоохранение - 10%, экология - 20%, образ жизни - 50%, наследственность - 20% значительная часть населения России, особенно молодежь, психологически не готова нести ответственность за своё здоровье и свой образ жизни.

Здоровьесберегающая методика образования, главная отличительная особенность которой - приоритет здоровья

Среди различных направлений воспитательной работы ВУЗА приоритет здоровья должен быть основным и осуществлять последовательное формирование в образовательном учреждении здоровьесберегающего образовательного пространства с обязательным использованием всеми педагогами здоровьесберегающих технологий. Поэтому важнейшей

целью внедрения здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс является формирование культуры здоровья, а культура здоровья должна не изучаться, а воспитываться.

Главными направлениями здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений являются:

1. рациональная организация учебного процесса в соответствии с санитарными нормами и гигиеническими требованиями;
2. проведение ежегодной диспансеризации студентов;
3. рациональная организация двигательной активности студентов, включающая предусмотренные программой занятия физкультурой, динамические изменения и активные паузы в режиме дня, а также спортивно-массовую работу;
4. организация рационального питания студентов;
5. система работы по формированию ценности здоровья и здорового образа жизни;
6. создание службы психологической поддержки студентов;
7. организация доврачебного выявления факторов и групп риска девиантного поведения, в том числе употребления психоактивных веществ среди студентов (популяционный скрининг и мониторинг) с применением медико-технических технологий.

Из представленных направлений здоровьесберегающей деятельности ВУЗа в полном объёме в КрасГМУ, по нашим данным, выполняются пункты с 2, 3. Требуют совершенствования пункты 4-5 и слабо развиты пункты 6-7.

Очень большое внимание в КрасГМУ уделяется спортивно-оздоровительным мероприятиям. Университет имеет собственный бассейн «Медуза», лыжную базу, профилакторий и др. Прекрасно организована система диспансеризации студентов и преподавателей отделением общеврачебной практики. Здесь студенты проходят обследование с первого и до последнего курса, что позволяет мониторить состояние их здоровья в течение всего периода обучения.

Однако рациональную организацию учебного процесса в соответствии с санитарными нормами выполнить очень сложно, т.к. кафедры университета расположены на различных базах и студенты нашего ВУЗа тратят много времени на переезды, поэтому учебный процесс несколько удлиняется.

По литературным данным имеется несколько подходов к классификации здоровьесберегающих технологий. Наиболее полной считается классификация, предложенная Н.К. Смирновым.

К первой группе относятся медико-гигиенические технологии.

Ко второй группе относятся физкультурно-оздоровительные технологии (ФОТ), которые направлены на физическое развитие.

К третьей группе относятся экологические здоровьесберегающие технологии (ЕЗТ), которые направлены на создание гармоничных отношений с природой.

К четвертой группе относятся технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности (ТОБЖ). Реализуют специалисты по охране труда, защиты в чрезвычайных ситуациях и др.

К пятой группе относятся здоровьесберегающие образовательные технологии (СВТ), которые делятся на три подгруппы:

- Организационно-педагогические (ОПТ), определяющие структуру учебного процесса, способствующие предотвращению состояния переутомления и гиподинамии и других дезадапционных состояний.

- Психолого-педагогические технологии (ППТ) связаны с непосредственной работой на уроках физической культуры. Сюда же входит и психолого-педагогическое сопровождение всех элементов образовательного процесса.

- Учебно-воспитательные технологии (НПО), которые включают в себя программы по обучению заботе о своем здоровье и формирования культуры здоровья студентов, мотивации их к ведению здорового образа жизни (ЗОЖ), предупреждения вредных привычек, предусматривающие также проведение организационно-воспитательной работы со студентами после занятий.

Отдельное место занимают еще две группы технологий, которые в последнее время все чаще включаются во внеурочную работу вуза: Социально-адаптирующие и личностно-развивающие технологии - формирование и укрепление психологического здоровья студентов, повышение ресурсов психологической адаптации личности (социально-психологические тренинги, программы социальной и семейной педагогики).

Близкими к здоровьесберегающим технологиям являются медицинские технологии профилактической работы, проводимой в образовательных учреждениях. Примерами такой работы служит вакцинация студентов, контроль за сроками прививок, выделение групп медицинского риска, диспансеризация и т. п.

Для выявления заболеваемости у студентов первого курса нами были опрошены 70 студентов ФФМО лечебного факультета методом анкетирования. Полученные данные представлены в таблице.

Таблица 1 – Частота встречаемости хронических заболеваний у студентов 1 курса ФФМО

Заболевания	Студенты (чел.)
Заболевания органов зрения	21
Заболевания желудочно-кишечного тракта	18
Синдром хронической усталости	34
ЛОР заболевания	14
Бронхолегочные заболевания	8
Заболевания сердечно-сосудистой системы	11
Заболевания опорнодвигательного аппарата	19
Здоровые	24

Из представленного данных видно, что на момент осмотра чувствуют себя здоровыми только 34% студентов, а 46% имеют в анамнезе одно заболевание, 6% респондентов имеют 2 заболевания к 20 годам, такие данные требуют разработки и внедрения обязательных программ по оздоровлению студентов. В 20 лет 30% студентов имеют уже хронические заболевания в основном со стороны органов зрения и пищеварения. Почти половина студентов ходят уставшими и хотят спать. Оценку своему здоровью проводят студенты не регулярно, в основном, только при уже возникшем заболевании или вообще не задумываются о состоянии здоровья, что указывает на их недостаточную культуру здоровья.

Мы предлагаем использовать здоровьесберегающие методы на практических занятиях:

1. релаксационные методы и технологии,
2. метод переключения внимания на другой вид деятельности, для снятия умственного напряжения и переутомления,
3. метод ритмотерапии,
4. терапия творчеством,
5. улыбокотерапия - то есть исцеление улыбкой или решение проблем при помощи улыбки. Эмоция радости тонизирует, активизирует тело, придает быстроту уму и легкость решениям. Очень важна на занятии улыбка педагога, т.к. позитивный настрой студента в процессе обучения создаёт комфортное состояние на занятиях, а применение здоровьесберегающих методов должны стать основными моментами в проведении процесса обучения.

Выводы. 1. Традиционная организация образовательного процесса создает у студентов постоянные стрессовые перегрузки, которые приводят к поломке механизмов саморегуляции физиологических функций и способствуют развитию хронических болезней у студентов. Решить эту проблему позволяет использование здоровьесберегающих технологий.

2. Обучение студентов дисциплине ЗОЖ способствует формированию культуры здоровья. Однако на занятиях необходимо обучать методам определения состояния собственного здоровья студента по разработанным критериям, проводить выявление факторов риска здоровья у конкретных студентов.

3. Специализировать обучение студентов не только по оказанию медицинской помощи больному пациенту, но и обучать сохранению своего здоровья, продлевать свою трудоспособность, а так же и свою жизнь. На первом этапе большую роль играет, прежде всего, информация о факторах риска здоровья, знания о критериях здоровья и мотивациях к здоровому образу жизни, что и будет обеспечивать здоровье студентов.

Список литературы

1. Бахтин Ю. К. Факторы формирования здоровья человека и их значение // Молодой ученый. 2012. №5. С. 397–400.
2. Здоровьеформирующие технологии - актуальное направление в образовании / Л. П. Борисова, О. Б. Ерохина, И. Н. Козицын, А. А. Ткачук // Молодой ученый. 2014. № 3. С. 874–877.
3. Буйнов Л. Г. Управление интеллектуальной собственностью в вузе // Вестник Герценовского университета. 2011. № 4. С. 16–17.
4. О мотивации к здоровому образу жизни студентов педагогического университета / В. П. Соломин, Ю. К. Бахтин, Л. Г. Буйнов, Л. П. Макарова // Молодой ученый. 2013. № 6. С. 730–732.
5. Голобородько Н. В. Здоровьесберегающие технологии в образовании // Актуальные вопросы современной педагогики : материалы IV междунар. науч. конф. (г. Уфа, ноябрь 2013 г.). Уфа: Лето, 2013. С. 82–85.
6. Зершикова Т. А. Особенности адаптации первокурсников педагогического факультета // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2013. № 10-2. С. 254–257.
7. Результаты мониторинга физического здоровья студентов на основе активной самооценки / Е. А. Калюжный, Ю. Г. Кузьмичев, С. В. Михайлов, В. Д. Маслова // Научное мнение. 2012. № 4. С. 133–137.
8. Influence of Environmental Conditions on the Level of Physical Development of Rural Students of Nizhny Novgorod Region / E. A. Kalyuzhniy, S. V. Mayailova, V. A. Basurov [et al.] // Advances in Environmental Biology. 2014. № 8 (10). P. 216–222.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕСЯТИКЛАССНИКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В РАЗЛИЧНЫХ ПРОФИЛЬНЫХ КЛАССАХ

¹С. А. Кантимирова, ²Ю. Р. Гвоздева, ³Т. Ю. Артюхова

¹ФГБУЗ Клиническая больница №51 ФМБА России,

г. Железногорск, Россия

²МАОУ «Лицей № 102», г. Железногорск, Россия

³Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Аннотация. Целью статьи является изучение особенностей функционального состояния у обучающихся десятых профильных классов МАОУ «Лицея № 102» г. Железногорска. Основные методы исследования функционального состояния обучающихся представлены аппаратным методом – прибор «Психофизиолог», методикой вариационной кардиоинтервалометрии. Выявлено, что учебная нагрузка в профильных десятых классах выше, чем в девятом непрофильном классе. Состояние перенапряжения отмечается в социально-экономическом и инженерном профильных классах, среди школьников преобладает смешанный тип вегетативной регуляции. С целью сохранения и укрепления психологического здоровья старшеклассников, а также более успешной подготовки их к прохождению государственных экзаменов, с учетом полученных результатов исследования, разработаны рекомендации.

Ключевые слова: функциональное состояние, старшеклассники, профильный класс, вариабельность сердечного ритма.

Актуальность. В современном мире все большее место занимает сохранение и укрепление здоровья детей и подростков. Здоровье – это не только отсутствие болезней, но и определенный уровень функционального состояния организма.

По мнению многих авторов в последнее время отмечается ухудшение функционального состояния организма школьников в процессе адаптации к учебной деятельности. Переход школьника в старшее звено сопровождается увеличением объема и сложности учебной информации. Помимо этого, как правило, старшеклассники попадают в новый коллектив, в так

называемые профильные классы, где необходим период адаптации к новым условиям. Чрезмерные психоэмоциональные нагрузки на организм старшеклассников могут сопровождаться ухудшением здоровья, функционального состояния (Горбунов, 2007).

Проблема состоит в том, что функциональное состояние старшеклассников играет важную роль в организации учебной деятельности, но особенностям этого состояния у школьников, обучающихся по разным образовательным программам – профилям, уделяется незначительное внимание..

Работ, посвященных изучению вегетативных особенностей сердечно-сосудистой системы и их роли в изменении функционального состояния подростков в процессе обучения недостаточно: в основном рассматриваются функциональные изменения при физических нагрузках.

В связи с этим целью настоящей работы стало изучение особенностей функционального состояния у обучающихся десятых профильных классов лицея № 102 г. Железногорска Красноярского края.

Для достижения поставленной цели нами решались следующие задачи:

1. Проанализировать учебную нагрузку в десятых профильных и девярых непрофильных классах;
2. Рассмотреть особенности показателей работы сердечнососудистой системы десятых профильных и девярых непрофильных классов методом вариационной кардиоинтервалометрии.

Материалы и методы. Нами было проведено исследование особенностей функционального состояния вегетативной нервной системы у 66 школьников 15-16 лет, обучающихся в лицее № 102 г. Железногорска. Обследование проводилось в октябре 2015 г. (1 полугодие) и в феврале 2016 г. (второе полугодие) на уроке биологии (4-5 уроком). Экспериментальная группа - испытуемые учащиеся 10 профильных классов, в количестве 44 человек, (20 мальчиков и 24 девочки). Из них информационно-технологический профиль -- 11 человек; инженерно-технологический профиль – 22 человека; 11 человек – социально-экономический профиль. Контрольная группа – это учащиеся 9 непрофильного класса, в количестве 22 человек.

Учебную нагрузку изучали по анкете общей учебной нагрузки. Это специально подготовленные бланки с видами учебных нагрузок. В общую учебную нагрузку входят: уроки в школе, элективы, дополнительные занятия, индивидуальные занятия, выполнение домашнего задания (в часах).

Функциональное состояние определяли на приборе «Психофизиолог» методикой вариационной кардиоинтервалометрии по параметрам ритма сердечной деятельности. Методика основана на анализе variability сердечного ритма (далее – ВСР).

Система кровообращения может рассматриваться как чувствительный индикатор адаптационных реакций целостного организма (Парин и др., 1967), а ВСР хорошо отражает степень напряжения регуляторных систем, возникающую в ответ на любое стрессорное воздействие.

Анализировались следующие показатели сердечного ритма: ИН – индекс напряжения, ЧСС – частота сердечных сокращений, LF – нормированный индекс медленных волн первого порядка, HF – нормированный индекс дыхательных волн, LF/HF – отношение индексов медленных волн первого порядка и дыхательных волн, ПАРС – показатель адекватности регуляторных систем.

ПАРС отражает соответствие между активностью симпатического отдела ВНС и ведущим уровнем функционирования синусового узла.

Значения ПАРС выражаются в баллах от 1 до 10. На основании анализа значений ПАРС могут быть диагностированы следующие уровни функционального напряжения:

- состояние нормы или состояние удовлетворительной адаптации (ПАРС = 1-3).
- состояние функционального напряжения (ПАРС = 4-5).
- состояние перенапряжения (ПАРС = 6-7) и состояние истощения регуляторных систем или срыв адаптации (ПАРС = 8-10) это состояние неудовлетворительной адаптации (Баевский, 2005).

Чем ниже напряжение регуляторных систем, тем меньшую цену «платит» организм за свое приспособление к воздействующим на него климатическим, производственным, бытовым и другим условиям внешней среды, и наоборот, чем ниже цена приспособления («цена адаптации»), тем выше уровень здоровья, так как организм расходует меньше своих резервов на сохранение «благополучия» (Баевский, 1979).

Статистическая обработка данных проведена с применением пакета прикладных программ Statistical 7,0 (StatSoft, США).

Результаты и обсуждения. Данные литературы показывают, что учебная нагрузка является важным фактором, влияющим на функциональное состояние и процесс адаптации (Горбунов, 2007).

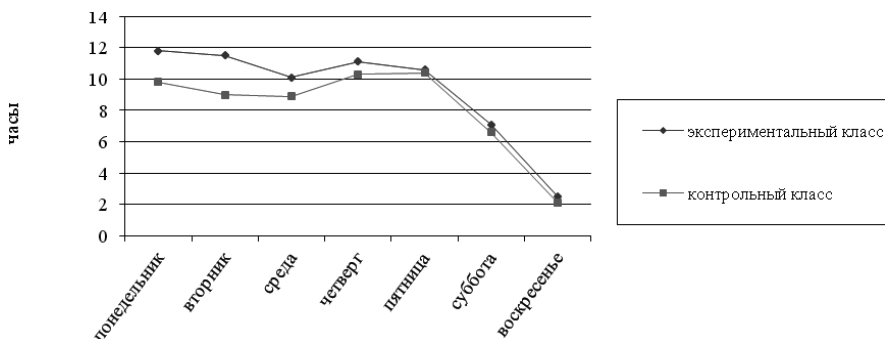


Рис. 1. Недельная динамика общей учебной нагрузки в разных группах

Нами выявлено, что учебная нагрузка в профильных 10 классах выше, чем в непрофильном классе.

Таблица 1 – Сравнительная характеристика функциональных особенностей старшеклассников 10 профильных и 9 непрофильного классов

Показатели	Классы			
	Информационный	Соц.эконом.	Инженерный	Непрофильный
ИН, у.е.	67,33 ± 39,5	45,4 ± 44,8	36,68 ± 21,1	69,7 ± 54,9
ЧСС, уд/мин	75,9 ± 10,6	72,7 ± 8,7	72,8 ± 8,5	76,4 ± 9,22
LF, %	58,27 ± 23,8	51,5 ± 17,3	57,9 ± 13,4	51,72 ± 19,23
HF, %	41,72 ± 23,8	48,5 ± 17,3	42,09 ± 13,4	48,27 ± 19,23
LF/ HF	2,69 ± 3,01	1,3 ± 0,8	1,49 ± 1,15	1,49 ± 1,21
ПАРС, баллы	5,09 ± 1,5	5,81 ± 0,98	5,72 ± 1,24	4,95 ± 1,58

Анализируя данные по функциональному состоянию сердечнососудистой системы по данным ПАРС можно отметить, что в непрофильном и информационном классах больше школьников с состоянием функционального напряжения, в социально-экономическом и инженерном классе больше отмечается состояние перенапряжения.

Состояние напряжения свидетельствует о переходном моменте между удовлетворительным и неудовлетворительным состоянием организма. Причины могут быть различны, но, в основном, это незначительное физическое или психологическое утомление, как мы полагаем, связанное с учебным процессом. Состояние перенапряжения или неудовлетворительной адаптации может говорить о том, что данной группы обучающихся тяжело дается учебная нагрузка, резервы организма снижены, системы

организма работают со значительным напряжением. Организм находится в состоянии стресса. Причиной могут быть физические и эмоциональные перегрузки, неправильный режим труда и отдыха. Если такое состояние появилось в результате физических нагрузок или умственных нагрузок, то это значит, что организм платит высокую «цену» за нагрузки (Баевский, 2005; Готман, 2012).

Отношение мощностей LF/ HF характеризует соотношение симпатических и парасимпатических влияний, при этом, при повышении тонуса симпатического отдела данный показатель значительно возрастает ($LF/HF > 2,0$), при ваготонии наоборот ($LF/HF < 1,5$). Можно отметить, что во всех классах школьники имеют разный вегетативный тонус.

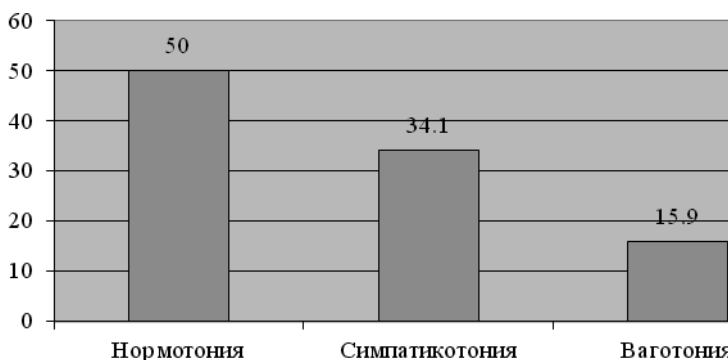


Рис. 2. Процент старшеклассников с различным вегетативным тонусом

В основном у старшеклассников преобладает сбалансированное влияние парасимпатического и симпатического отделов (нормотония 50 % \pm 7,5). Учеников – симпатикотоников – 34,1 % \pm 7,1. Учеников – ваготоников – 15,9 % \pm 5,5.

Особенности работы вегетативной системы определяют психологические и физические качества. Симпатотоники более подвижны, легко увлекаются и быстро охлаждаются ко всему новому. Ваготоники более основательны, трудны на подъем, им требуется время, чтобы «раскачаться», но при этом если их что-то заинтересовало, то это может оказаться всерьез и надолго. Они дольше тратят время на усвоение новой информации, но она и лучше закрепляется у них в памяти. Каждому человеку необходимо знать свой тип исходного вегетативного тонуса, так как он во многом объясняет индивидуальные особенности функционирования организма (Дорошенко, 2011)

Выводы:

1. На основании изучения учебных планов установлено, что учебная нагрузка в профильных десятых классах выше, чем в девятом непрофильном классе.

2. Состояние перенапряжения отмечается в социально-экономическом и инженерном профильных классах.

3. Среди школьников преобладает смешанный тип вегетативной регуляции (нормотония).

Таким образом, учитывая показатели функционального состояния школьников, для того, чтобы сохранить и укрепить их психологическое здоровье, а также подготовить старшеклассников к более успешному прохождению государственных экзаменов, мы предлагаем следующие практические рекомендации:

1. Старшеклассникам с удовлетворительной адаптацией (нормальное напряжение регуляторных систем) рекомендуется комплекс оздоровительных мероприятий общеукрепляющего характера.

2. Учащимся, имеющим напряжение механизмов адаптации, необходимы мероприятия, направленные на оптимизацию режима учебы и отдыха: сон не менее 8 часов, прогулки на свежем воздухе, сбалансированное питание, необходимы мероприятия по снижению стрессорного влияния условий окружающей среды и оздоровление, направленное на усиление активности механизмов саморегуляции.

3. Школьникам с неудовлетворительной адаптацией необходимо добавить к п.2 методы релаксации (простое расслабление мышц; метод медитативной релаксации; антистрессовая релаксация), посещение сенсорной комнаты для снятия психоэмоционального напряжения, массаж, глубокое дыхание, возможен осмотр врача и дополнительная диагностика.

Список литературы

1. Баевский Р. М. Теоретические и прикладные аспекты прогнозирования функционального состояния организма при действии факторов длительного космического полета [Электронный ресурс] // Актовая речь на заседании Ученого совета ГНЦ РФ-ИМБП РАН. М., 2005. URL: <http://diffpsychology.narod.ru/dderfices/1Baevski.doc> (дата обращения: 02.11.2012).

2. Горбунов Н. П. Функциональное состояние школьников в процессе адаптации к учебной деятельности [Электронный ресурс]. URL: <http://portalus.ru> (дата обращения: 25.02.2016).

3. Гогман А. А. Определение резервов адаптации обучающихся 10-х профильных классов МБНОУ «Лицей № 4» в условиях профильного обучения методом кардиоритмографической программы «ORTO EXPERT» // Молодой ученый. 2012. № 7. С. 262–264.

4. Дорошенко Л. Ю. Про стрессоустойчивость ваготоников, или Вода камень точит. [Электронный ресурс]. URL: <http://subscribe.ru> (дата обращения: 13.02.2016).
5. Методический справочник. Устройство психофизиологического тестирования УПФТ-1/30 – «Психофизиолог», НПКиФ «Медиком МТД», 2012.
6. Суботьялов М. А., Шуленина Н. С., Куприна Н. С. Функциональные и психофизиологические особенности школьников, обучающихся в условиях специализированного и профильного классов // Вестник Новосибирского педагогического университета. 2014. № 4 (20). С. 45–56.
7. Шлык Н. И. Сердечный ритм и тип регуляции у детей, подростков и спортсменов. Ижевск: Изд-во «Удмуртский университет», 2009. 259 с.
8. Heart rate variability is related to self-reported physical activity in a healthy adolescent population / E. Henje Blom [et al.] // Eur. J. Appl. Physiol. 2009. Vol. 106, № 6. P. 877–883.

УДК 159.913

ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ МЕТОДАМИ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

¹В. А. Кулганов, ²Л. В. Митяева

¹Санкт-Петербургский государственный университет,
Военно-космическая академия им. А. Ф. Можайского,
г. Санкт-Петербург, Россия

²Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение средняя образовательная школа №297, г. Санкт-Петербург, Россия

Аннотация: в статье рассматривается проблема психологического здоровья в подростковом возрасте. В теоретическом обзоре описываются подходы к пониманию содержания понятий психологическое здоровье, стресс, мышечные зажимы, телесно – ориентированная терапия и их применимости к этому возрасту. Обсуждаются вопросы возможности использования техник телесно-ориентированной терапии для улучшения психологического здоровья школьников в условиях общеобразовательного учреждения. Структура программы меняется в зависимости от психофизических особенностей подростка и его текущего психоэмоционального состояния. Получена положительная динамика снижения тревожности, улучшение показателей работоспособности, уменьшение мышечных зажимов после системы индивидуальных занятий. Представленная технология позволила улучшить психологическое состояние школьников.

Ключевые слова: психологическое здоровье, подростки, телесно-ориентированная терапия, стресс, мышечные зажимы, образ «Я».

Психологическое здоровье включает в себя определенный резерв сил человека, состояние равновесия психических процессов, умение их использовать, что позволяет более эффективно адаптироваться в обществе. В него входят независимые, предрасполагающие и когнитивные компоненты, которые имеют свою корреляцию со здоровьем и болезнью. Они включают в себя поддерживающие диспозиции, которые связаны с индивидуальными возможностями реагирования на трудности. Человек выбирает для себя позитивное или пессимистичное восприятие ситуации. Это определяет способы индивидуального отбора и использования стратегий самоконтроля (Басалаева, 2013; Цветкова, Гурвич, 2012). Сила «Я» представляет собой механизм, связывающий психосоциальное влияние со здоровьем. Она может влиять на физиологическую систему, опосредующую здоровую учебную деятельность. Трудности в эмоциональном выражении характеризуются избеганием потенциально повреждающих ситуаций, которые могли бы привести к сознательному конфликту. Это характеризуется невозможностью выражать эмоции, в частности, негативные (Никифоров, 2006). Здоровье в системе когнитивных факторов представляет собой динамичную взаимосвязанную систему, в которой с течением времени развиваются когнитивные навыки, коммуникативные способности и социальная инфраструктура (Никольский, 2005).

Школьник постоянно включен в систему общественных отношений. На его психологическое здоровье воздействуют различные социальные связи, включающие в себя отношение в семье, общение с друзьями, положение в школе. Психологически здоровый подросток чувствует себя активным участником социальной системы. В обратном случае возможны различные формы его неадекватного поведения в обществе, которое приводит к снижению социального здоровья учащегося. В рамках статьи делается попытка проанализировать возможность использования с подростками элементов телесно-ориентированной терапии в условиях общеобразовательной школы.

Психологический стресс обусловлен семейными проблемами, межличностными отношениями, школьными и информационными перегрузками. Это вызывает состояние эмоционального напряжения, чувство повышенной тревоги, беспокойства и неуверенности в себе. Состояние стресса сопровождается нарушением психического равновесия и негативными изменениями в функционировании физиологических механизмов (мышечные спазмы, повышение артериального давления, ухудшение циркуляции крови, учащенное дыхание). Стрессоустойчивость, выражающаяся в защите физического и психического здоровья, формируется

посредством умения использовать приемы психической саморегуляции. Она основывается на изменении тонуса скелетных мышц и дыхания, активном включении представлений и чувственных образов, использовании программирующей и регулирующей роли слова. Совершенствование внутренних средств самоуправления дает больше возможностей контролировать свое эмоциональное состояние в одних ситуациях и свободнее выражать свои эмоции в других (Рассказова, 2012; Galante, Bekkers, Mitchell, Gallacher, 2016).

Телесно-ориентированная терапия накопила значительное количество техник работы с физическим и психическим состоянием человека. Эта форма работы дает телесное отражение душевной жизни человека, включая проявление эмоций. Их дисбаланс вызывает нарушение психического состояния человека и психосоматические болезни. Телесная терапия является способом отражения подсознательных процессов и каналом сознательно-подсознательной коммуникации. Взаимодействие со своим физическим «Я» строится на основе телесного самонаблюдения, идентификации текущего психоэмоционального состояния, сенсорного осознания. Вторым каналом общения является воспроизведение определенных наборов телесных ощущений и третьим – обратной связи телесных проявлений.

Искаженность и неточность образа «Я» включает в себя и образ собственного тела, который зависит от преимущественных движений. Человек лучше ощущает свои губы, кончики пальцев, чем затылок, заднюю часть шеи. Чем больше разнообразных движений он совершает, тем полнее его образ «мышечного «Я». Наш образ существенно меньше, чем мог бы быть, поскольку он строится из тех групп клеток, которыми мы активно пользуемся. По этой причине человек не осознает многие части своего тела. Следовательно, имеется большое расхождение образа своего тела с реальностью. Подобные изменения могут возникать не только вследствие неточного образа «Я», но и по причине психологических зажимов. Последние являются мышечной реакцией на невыраженные эмоции и отсутствием естественности в движении тела.

В подростковом возрасте возникают трудности в восприятии своего «Я», как когнитивного, так и физического. Этот период предполагает сотрудничество с взрослыми в пространстве проблем самосознания, личностной самоорганизации и саморегуляции, интеллектуальной и личностной рефлексии. В процессе учебной деятельности подросток испытывает психоэмоциональное напряжение, которое в силу психофизиологических особенностей этого возраста приводит к возникновению тре-

возможности и агрессивности и, как следствие, возникновению конфликтных ситуаций, нарушению системы социальных связей, возникновению психосоматических заболеваний. Данные психотравмирующие ситуации могут создавать предпосылки для ущерба психическому здоровью учащихся. С другой стороны подросток испытывает дисморфофобии – страх изменения своего тела. Неприятие своего физического облика также вызывает мышечные зажимы у школьника, что приводит к нарушению самовосприятия (Шарипов, 1999).

Целью нашей работы стало формирование у учащихся 14-15 лет адекватных психофизиологических реакций на внешние раздражители окружающей среды. Исследование проводили в 2015-2016 учебном году на базе ГБОУ №297 Пушкинского района Санкт-Петербурга. В эксперименте принимали участие 10 подростков. В начале учебного года с ними была проведена психодиагностическая работа с целью определения уровня тревожности, психического самоконтроля, умения выходить из конфликтных ситуаций. Использовали следующие методы: теппинг-тест (Е.П. Ильин), восьмицветовой тест (М. Люшер), перекодировка (Д. Векслер), шкала самооценки (Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин), тест Томаса, опросник Г.Н. Казанцевой. У подростков наблюдали неустойчивость показателей силы нервной системы от низких до высоких значений. Также отмечали их снижение в середине выполнения пробы. Показатели переключения внимания были на среднем уровне. Выявлены повышенные значения психической утомляемости и напряженности. Показатели реактивной тревоги колебались от среднего до высокого уровня (41±9 баллов), личностная тревожность была на высоком уровне (от 46 до 62 баллов). Наблюдала неустойчивость значений самооценки. При разрешении конфликтных ситуаций на первое место выходили стратегии избегания, соперничества и на третье - сотрудничества.

Для адекватного отражения внутриспсихических механизмов окружающей действительности и социальной зрелости использовали психокоррекционные упражнения. Занятия проводили в течение года один раз неделю индивидуально. Для этого использовали кабинет психологической разгрузки, в котором применяли медитативную музыку.

Занятия включали в себя три этапа:

1. Упражнения на мышечную релаксацию, дыхательную саморегуляцию, управление вниманием и сенсорное осознание, а также осознание схем тела.
2. Формирование зрелости личности.
3. Знакомство с другими психологическими технологиями управления своего состояния

Первый этап является базисным, нейрологически-темпераментальным уровнем организации в иерархической структуре личности. Он наиболее тесно связан с состоянием нервной системы. При этом использовали неспецифические упражнения саморегуляции, близкие к медитативным техникам. Они нормализуют психофизическое состояние человека в целом и помогают управлять состоянием сознания (Сандомирский, 2005). С учащимися на управление вниманием и сенсорное осознание проводили упражнения «Распределенное внимание», «Знакомство с собой», «Мысленный ревизор», направленные на управление вниманием и сенсорное осознание. До начала выполнения упражнения необходимо следить за соблюдением ритма дыхания, пояснив возможные трудности. Каждую сессию начинали с проведения диафрагмального дыхания. При выполнении упражнения «Мысленный ревизор» просили школьника озвучивать приходящие мысли и анализировать их вслух для обучения работы с внутренней речью. Мышечная релаксация включает упражнения «Уставшая рука», «Левитация руки», «Мысленное движение - пальцы рук». Отдельные упражнения показывались психологом с целью более точного выполнения его учащимся. Дыхательная саморегуляция направлена на обучение приемам дыхания. Подростку рекомендовали изученные упражнения проводить в домашних условиях. В блоке «Осознание границ тела» учащегося вначале знакомили с понятиями границы тела, его схемы и затем переходили к занятию. Возможные упражнения «Заземление», «Центр тяжести». За одно занятие проводили 2-3 упражнения, давали 10-15 минут для восстановления и 5 минут - на выход из состояния релаксации.

На втором этапе школьник учился изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций. В упражнении «Кто похвалит себя лучше всех» совместно с учащимся создавали банк поглаживаний. Лицам с неустойчивой самооценкой довольно трудно его создать. В процессе упражнения отработывали те достоинства, которые были названы подростком. После его завершения, совместно обсуждались вопросы, связанные с расширением банка поглаживаний. На этом этапе включались визуализации, работа с образами («Судно на котором я плыву», «Путешествие на облаке», «Горная вершина», «Поплавок», «Мысленный экран»). Образ выбирали в зависимости от отработываемой ситуации (Леонова, Кузнецова, 2007).

На третьем этапе подросток знакомился с другими психологическими технологиями управления своего состояния (идеомоторная тренировка, сенсорная репродукция, техники аутогенной тренировки, аутоофтальмотренинг).

Полный комплекс упражнений имеет возрастные и психофизиологические ограничения. Психолог должен полностью контролировать си-

туацию, которая возникает на занятии, отмечая малейшие изменения в состоянии подростка. У него должны быть сформированы умения анализировать изменения своего состояния, как физического, так и эмоционального. После завершения занятия школьнику необходимо рассказать о своих ощущениях – определить напряженные области тела, связать свое физическое и психоэмоциональное состояние.

В конце года с подростками проводили повторную психодиагностическую работу. Наблюдала большую устойчивость психофизиологических данных. Показатели силы нервной системы, переключения внимания у большинства учащихся сохранились на оптимальном уровне. У нескольких человек выявлены высокие значения этих показателей. Зафиксировано снижение значений психологической утомляемости. После проведения занятий школьники отмечали повышение уровня физической активности, работоспособности и улучшение настроения. В конфликтных ситуациях они старались использовать стратегии сотрудничества и реже избегания или соперничества. Это позволило школьникам в общении с окружающими более спокойно выходить из стрессовых ситуаций. Учащиеся, овладевая навыками самоконтроля, расширяют свои возможности, что помогает улучшить их психологическое здоровье. Отработка незавершенных проблем дает им возможность личностного роста, что определяет дальнейшее понимание себя как целостной личности.

Список литературы

1. Басалаева Н. В. Проблема психического и психологического здоровья в отечественной психологии // Успехи современного естествознания. 2013. № 4. С. 169-170.
2. Леонова А. Б., Кузнецова А. С. Психологические технологии управления состоянием человека. М.: Смысл, 2007. 311 с.
3. Никольский А. В. Методологические основы психологии здоровья // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2005. Т. 5. С. 45–47.
4. Рассказова Е. Е. И. Рассказова // Вопросы психологии. 2012. № 1. С. 75–82.
5. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. М.: Независимая фирма «Класс», 2005. 588 с.
6. Цветкова Л. А., Гуревич И. Н. Психология здоровья // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16. Психология. Педагогика. 2012. № 1. С. 48–52.
7. Шарипов Ф. Ш. Использование телесно-ориентированных методов для адаптации подростков к учебной деятельности в условиях профессионального лица : дис. ... канд. психол. наук. Самара, 1999. 288 с.
8. Loving-Kindness Meditation Effects on Well-Being and Altruism: A Mixed-Methods Online RCT / J. Galante, M. Bekkers, C. Mitchell, J. Gallacher // Appl. Psychol. Health Well Being. 2016. Vol. 8, № 3. P. 322–350.

ИССЛЕДОВАНИЕ АДДИКТИВНОГО (ЗАВИСИМОГО) ПОВЕДЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ СКЛОННОСТИ К НЕМУ У ПОДРОСТКОВ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ

С. Ю. Малеева, В. В. Андриенко, Е. Д. Гаврилова
Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, Россия

Аннотация. Исследование посвящено проблемам формирования химических зависимостей у подростков средней школы и возможности снижения склонности зависимого поведения с помощью тренингов. Исследован процесс снижения склонности к зависимому поведению в результате реализации тренинговой программы. Исследована взаимосвязь между химическими и нехимическими зависимостями у подростков. Проведен сравнительный анализ рисков формирования зависимости детей с ОВЗ и детей с нормальным развитием.

Предложены рекомендации педагогам и родителям по снижению педагогических рисков формирования зависимостей, учёту конфликтогенных ситуаций и формированию благоприятного психологического микроклимата в классе.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, зависимое поведение, химические аддикции; нехимические аддикции; социально приемлемые зависимости; девиантное поведение, органическое расстройство личности, шизофрения, дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), дети с задержкой психического развития (ЗПР).

Актуальность. В последнее время в нашем мире стала интенсивно проявляться такая проблема, как вовлеченность людей в химическую зависимость, которая выросла до масштабов эпидемии, и разрушает нравственную основу наций. И, что самое тревожное, она вовлекает, прежде всего молодых людей и подростков.

По данным ФСКН РФ, в России ежегодно погибают 70000 человек из-за пагубного влияния наркотиков, наркоманами становится 86 тысяч россиян или 235 человек ежедневно подсаживается на наркотики.

В настоящее время 30% от всех обратившихся за медицинской помощью наркоманов – это люди в возрасте от 16 лет. По данным МВД РФ 70% всех наркоманов – это подростки и молодежь.

По данным регулярных исследований Государственного научного центра психиатрии и наркологии Минздравмедпрома РФ:

- среди подростков в возрасте от 14 до 18 лет спиртные напитки потребляют 88% мальчиков и 93% девочек
- употребляли наркотические и токсические вещества, хотя бы один раз в жизни 56% мальчиков и 20% девочек.
- потребляют наркотики в настоящее время 45% мальчиков и 18% девочек.

В рамках нашего исследования, мы апеллируем к понятию аддиктивное поведение.

Аддиктивное поведение у подростков в широком смысле понимается как различные способы ухода от внешних психотравмирующих факторов, с их помощью они как спасаются от проблем окружающего мира, так и пытаются привлечь к себе внимание. Ильин Е.П. предложил рассматривать аддиктивное поведение подростков не как деструктивное, а как форму девиантного поведения.

В связи с этим необходимо проявлять бдительное внимание к воспитанию детей и подростков, дабы не допустить развития пагубной привычки и зависимого поведения, что и определило цель нашего исследования.

Постановка проблемы. В данной работе поднимается проблема исследования формирования склонности к зависимому поведению, в первую очередь, химическим зависимостям не только здоровых учащихся, но и школьников с задержанным психическим развитием.

Психологические особенности здоровых подростков и подростков с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья) как преморбид формирования аддикций.

Подростковый возраст – это период особо острых конфликтов, часто приводящий к различным поведенческим отклонениям, таким как делинквентность, агрессивное поведение, проживание в особой субкультуре (например, в религиозной секте), наркомания.

Кризисные периоды, в целом, отличаются трудно контролируемыми или вовсе не поддающимися контролю импульсами. Этому способствует утрата чувств безопасности и комфорта, нарушение внутреннего равновесия, возрастание тревожности и усиление экзистенциальных страхов.

Так же подростки будучи на пороге взрослой жизни, пытаются соответствовать критериям, по их мнению, взрослых людей. И эти критерии чаще всего носят негативный характер, описываются в литературе как псевдо взрослость и к ним относятся в первую очередь химические аддикции, такие как алкогольная зависимость, наркомания и табакокурение.

У школьников с задержкой психического развития, следует выделить эмоциональную лабильность, несамостоятельность и внушаемость, личностную незрелость в целом. В старшем школьном возрасте у школьников с задержкой психического развития обнаруживается ряд особенностей личности, общих с наблюдаемыми у нормально развивающихся подростков. Это слабость, уязвимость личности, высокая экстрапунитивность реакций с агрессией на окружение, ведущая к конфликтности.

В связи с этим возникает опасность выбора аддиктивной линии поведения на данном этапе развития.

Дети с ограниченными возможностями здоровья – это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания (Малофеев, 2003).

Можно предположить, что подростки с ОВЗ особенно предрасположены к такой химической зависимости как лекарственная, так как употребление лекарств неотъемлемая процедура при особом состоянии здоровья, когда при прекращении приема этого препарата могут возникать серьезные сбои в работе организма. Лекарственная зависимость возникает тогда, когда лекарственное средство включается в процессы нервной регуляции и обмена веществ.

Особенности проявления зависимостей в подростковом возрасте

Аддиктивное поведение - один из типов девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности с целью развития интенсивных эмоций. В подростковом возрасте наличие аддиктивного поведения указывает на нарушенную адаптацию к изменяющимся условиям микро- и макросреды.

Термин «аддиктивное поведение» употребляется в одном контексте с термином «зависимое поведение», «зависимость».

Зависимость, по определению ВОЗ (1965), - «состояние периодической или хронической интоксикации, вызываемой повторным употреблением естественного или синтетического вещества». Согласно проводимым исследованиям, зависимости, по видам, подразделяются на две группы: психическую и физическую.

Психическая зависимость характеризуется овладевающим желанием или непреодолимым влечением к употреблению психоактивного вещества, тенденцией к увеличению его дозы для достижения желаемого эффекта, непринятие вещества вызывает психических дискомфорт и тревогу.

Физическая зависимость – состояние, когда употребляемое вещество становится постоянно необходимым для поддержания нормального функционирования организма и расстройствами.

Анализ доступной нам литературы по проблеме исследования позволил сделать вывод о том, что в подростковом возрасте признаки проявления зависимого поведения не отличаются от взрослого, однако, специалистам необходимо учитывать, что динамика всё же различна. Подростки быстрее формируют зависимости, их сложнее «вывести» из этого состояния, мало того, в этом возрасте формирование разного рода аддикций часто начинается со стремления не отставать от модных тенденций времени, порождается конформизмом, свойственным в данный период.

Анализ существующих превентивных, профилактических, психокоррекционных программ зависимого поведения подростков

Для предупреждения аддиктивного поведения подростков, несомненно, необходим контроль взрослых (родителей, педагогов, психологов). Зачастую не только не внимательное отношение взрослых приводит к аддиктивному поведению, но и чрезмерный контроль, когда подросток идет против установленных правил. Для этого необходимо проводить профилактические работы среди родителей, учителей и с непосредственным влиянием на подростков.

Для идентификации лиц с симптомами зависимого поведения в начальной стадии желательны такие превентивные меры как система профилактического вмешательства Американского ученого, профессора Национального института наркотиков и алкоголя США, Р. Гордона.

Стоит отметить, что все техники психокоррекции зависимостей ориентированы преимущественно на здоровых людей. Формы работы по профилактике вредных привычек у детей с ОВЗ рассматривались в работах О.И. Мотыревой, однако, речи о профилактике зависимого поведения не идёт.

По мере разработки методологической базы исследования, мы столкнулись с тем, что подобрать методики, разработать и составить программу психокоррекционных мероприятий для подростков с ограниченными возможностями здоровья особенно сложно, так как рекомендаций и противопоказаний в настоящее время чётко не описано. И это не смотря на то, что имеющиеся описания особенностей личности детей с ОВЗ указывают на риски формирования аддикций, у этих подростков так же формируется зависимое поведение, как и у здоровых сверстников.

Исследование склонности к зависимому поведению

Исследование проводилось в одной из школ, города Хабаровска. В исследовании принимали участие учащиеся 9-х классов, средний возраст – 15 лет, всего 68 человек.

Для достижения поставленных целей был применен метод прослеживания текущих состояний и тенденции к их изменению – формирующий эксперимент, состоящий из следующих этапов:

1. На начальном этапе исследования проводилось тестирование методиками:

- Тест-опросник «Аддиктивная склонность»;
- Методика определения склонности к 13 видам зависимостей, Г.В. Лозовой;

- Опросник Шмишека. Акцентуации характера. Детский вариант.

2. В последующем проводилась групповая тренинговая работа, направленная на формирование у учащихся критичности мышления, ответственности, обоснованности принятия решений, сплочение коллектива и улучшение психологического микроклимата класса. В каждом классе были проведены групповые занятия.

- 9 «а» и «б» классов (здоровые дети): групповой рисунок; групповое занятие «Общение в паре»; групповое упражнение «Интеллектуальный футбол», «Кораблекрушение»; Тренинг «Здоровый образ жизни».

- 9 «в» класс (дети с ОВЗ): тренинг «Здоровый образ жизни»; упражнение «Приветствие без слов»; упражнение «Мусорная корзина»; упражнение «Молчаливое рисование».

Многие тренинговые упражнения настолько просты, что могут быть использованы как в работе со здоровыми подростками, так и с подростками с ограниченными возможностями здоровья с учётом их особенностей.

При работе с детьми с задержанным психическим развитием мы больше опирались на визуальные стимулы, более подробно разбирали инструкции к упражнениям и добивались максимально полного их понимания для исследования и формирования личностно-ценностных ориентаций, развития невербальных навыков сотрудничества, регуляции негативных эмоций у участников группы.

В конце каждого занятия, проводимого в течение одного урока, совместно с детьми проводили рефлексию деятельности. Данный вид работы формирует у учащихся критичность мышления, ответственность, обоснованность принятия решений.

Работа в группе помогает не только профилактике и коррекции зависимого поведения, так же способствует улучшению психологического климата в группе, развитию чувств эмпатии и поддержки, сплочению коллектива, развитию чувства доверия друг другу.

3. После проведения тренингов было проведено ретестирование, для отслеживания эффективности тренинговой программы по снижению склонности к зависимому поведению. В частности к химической зависимости.

Обсуждение результатов исследования. Согласно данным полученным при проведении первичного тестирования можно сделать вывод: самой выраженной среди нехимических зависимостей в 9 «а» классе является любовная аддикция, что отражает одну из основных особенностей данного периода личностного развития; среди химических – лекарственная. В 9 «б» классе среди нехимических так же является любовная зависимость; среди химических – никотиновая зависимость. В 9 «в» классе среди нехимических – любовная зависимость; химические зависимости не обнаружены.

После проведения тренинговой программы проводилось повторное тестирование, для изучения влияния групповой активности на изменение склонности к зависимому поведению.

Анализ результатов проведённого исследования показал:

1. После проведения групповой работы в классах проявилось снижение склонности к зависимому поведению в форме любовной зависимости, для детей с ОВЗ становится более значимой зависимость от здорового образа жизни.

2. В классах со здоровыми детьми снизился уровень склонности к зависимому поведению.

3. В классе с детьми с ОВЗ на общем фоне снижения уровня склонности к формированию зависимого поведения, не оставила свои позиции тенденция к формированию лекарственной зависимости.

Помимо проведенной статистическо-аналитической работы, были предложены рекомендации по продолжению улучшения микроклимата в классе, что может так же благоприятно и в дальнейшем повлиять на снижение или устранение аддиктивного поведения среди подростков данного учебного заведения, педагогам и родителям.

Заключение: теоретический анализ научной литературы по проблеме исследования показал, что в период подросткового кризиса возникает опасность выбора аддиктивной линии поведения, в силу того что главными особенностями подросткового периода, являющимися группой фак-

торов риска в формировании аддиктивного поведения считаются: тяга к сопротивлению, упрямству, протесту, борьбе против воспитательных авторитетов; амбивалентность и парадоксальность характера; стремление к неизвестному, рискованному; незрелость нравственных убеждений; болезненное реагирование на пубертатные изменения и события, неспособность принять свою формирующуюся сексуальность; низкая переносимость трудностей, и т.д.

В отношении подростков с ОВЗ основой для формирования зависимостей могут стать такие особенности личности как: эмоциональная лабильность; несамостоятельность и внушаемость; личностная незрелость в целом; выраженная интровертированность; расстройства мышления.

Стоит отметить, что все техники психокоррекции зависимостей ориентированы преимущественно на здоровых людей. Формы работы по профилактике вредных привычек у детей с ОВЗ рассматривались в работах Мотыревой О. И., однако, речи о профилактике зависимого поведения не идёт. Не смотря на то, что именно эта группа детей и подростков является первоочередными в группе риска химически зависимых, в частности, к формированию лекарственной зависимости.

Полученные результаты приводят к выводу о том, что:

- Наряду с химическими зависимостями, как было подробно описано выше, группу риска для нормального развития подростков составляют и нехимические аддикции такие как: любовная, игровая, пищевая, зависимость от здорового образа жизни.

- Превентивные меры в работе с потенциальными аддиктами, так как подростковый кризис по своему содержанию является очень насыщенным и включает в себя предрасположенность, лежат в основе снятия напряженности.

- После проведения коррекционной работы в классах проявилось снижение склонности к зависимому поведению в форме любовной зависимости, несмотря на то, что для детей с ОВЗ остается значимой тенденция к зависимости от здорового образа жизни. В классах со здоровыми детьми снизился общий уровень склонности к зависимому поведению.

- Изменилось количество форм зависимого поведения в сторону уменьшения у большинства испытуемых, снизилось общее количество зависимостей по их видам в классах.

- Стимуляция подростка к критичности мышления, ответственности, обоснованности принятия решений, дает возможность формирования гармоничной личности с тенденцией к взрослому восприятию мира.

• Важным является, с нашей точки зрения, наблюдение, что существующие рекомендации по организации и проведению превентивных и тренинговых программ для подростков не всегда учитывают работу механизмов психологической защиты. После первой серии тренинговых упражнений оказалось, что, несмотря на ожидаемый и прогнозируемый эффект, ослабление склонности к зависимому поведению наблюдалось не у всех участников, что подтверждается математической обработкой и корреляционным анализом результатов исследования. Действительные сдвиги начались после коррекции самой системы подобранных упражнений, что, по нашему мнению, должно учитываться специалистами.

• Следовательно, при построении превентивных и тренинговых программ для современных подростков имеет смысл формировать их из двух блоков тренингов: первый позволит снять напряжение, повысить групповую сплочённость и на фоне этого позволит дифференцировать первичные и вторичные варианты зависимого поведения, второй – будет работать с тенденциями, формирующими первичные зависимости.

Таким образом, наше предположение о том, что в подростковом возрасте выражена тенденция к любовной зависимости, являющейся социальной приемлемой и возрастн обусловленной, подтвердилось. Чем сильнее выражена любовная зависимость, тем слабее проявление химических зависимостей. При этом, не существует принципиальной разницы между нормально развивающимися детьми и детьми с особыми возможностями здоровья (ОВЗ). У детей с ОВЗ сохранилась тенденция к формированию зависимости от ЗОЖ.

Список литературы

1. Гоголева А. В. Аддиктивное поведение и его профилактика. М.: МПСИ; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2003. 240 с.
2. Змановская Е. В. Девиантология: Психология отклоняющегося поведения : учеб. пособие для студентов высших учебных заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 288 с.
3. Леонова Л. Г., Бочкарева Н. Л. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте. Новосибирск, 1998. 116 с.
4. Смагин С. Ф. Аддикция, аддиктивное поведение. СПб.: МИПУ, 2000. 250 с.
5. Специальная психология / ред. В. И. Лубовский. М., 2005. 464 с.
6. Усова Е. Б. Психология девиантного поведения. Минск, 2010. 180 с.
7. Parsons J. Opioid dependence: are pharmacotherapies effective? // Australian Family Physician. 2002. Vol. 31, № 1. P. 4–5.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ УЧИТЕЛЯ И ЕГО НАРРАТИВНЫЕ КОРРЕЛЯТЫ

Т. В. Черникова

Волгоградский государственный социально-педагогический
университет, г. Волгоград, Россия

Аннотация. На примере изучения особенностей эмоционального выгорания учителей школы, включенных в проектную научно-методическую разработку по созданию здоровьесберегающего образовательного пространства, показано состояние эмоционального здоровья педагогических работников. Определены нарративные индикаторы высокого, среднего и низкого уровня выгорания. Выявлены ресурсы восстановления эмоционального здоровья средствами психопрофилактики и административной поддержки.

Ключевые слова: здоровьесбережение, образовательная среда, нарратив, педагогическая профессия, симптомокомплекс, психопрофилактика, эмоциональное выгорание.

Актуальность. Вопросы сбережения здоровья неизменно занимают ведущие позиции при выборе педагогическими коллективами проблем для научно-методического исследования. Трудно не согласиться с такими приоритетами. Неумолимая статистика отражает неблагоприятные данные по состоянию здоровья, особенно в регионах, традиционно считающихся проблемными в экологическом отношении. Еще совсем недавно по итогам изучения ценностей среди школьников они на первые места по предпочтительности ставили дружественное общение, досуг по интересам, будущую профессию и карьеру. Теперь проблема здоровья прочно обосновалась на вершине их рейтинга ценностей (Здоровая, 2013).

Образовательные организации, выбравшие в качестве научно-методической проблемы школы вопросы здоровьесбережения учащихся, не могут обойти вниманием состояние эмоционального здоровья самих педагогов. Представители этой профессии в наибольшей степени подвержены синдрому эмоционального выгорания в силу особенностей трудовой деятельности, связанной с интенсивным общением и быстрой сменой в течение рабочего дня групп людей (школьных классов) с различными характеристиками поведения (младшие школьники, подростки и старшеклассники обычных, коррекционных, профильных и др. классов).

Постановка проблемы. Обеспечение здоровьесберегающей образовательной среды школы предполагает специальную подготовку учителей в направлении укрепления их эмоционального здоровья и профилактики выгорания. Эмоциональное благополучие учителя выступает непреложным условием результативности научно-методических разработок по здоровьесбережению. Традиционно школы, выбравшие здоровьесбережение в качестве проблемы для научно-методического исследования, проводят мониторинг эмоционального выгорания педагогов. Результаты мониторинга служат материалом для построения сквозных годичных программ психопрофилактики. На примере коллектива одной из образовательных организаций показаны возможности экспертного изучения выгорания в педагогической профессии и анализа ресурсов восстановления эмоционального здоровья. Для получения максимально достоверной картины выгорания замеры специально проводились в конце учебного года – времени повышенного проявления тревожности, усталости, конфликтности. Муниципальное образовательное учреждение средняя школа № 117 Красноармейского района г. Волгограда работает по проблеме сбережения здоровья всех субъектов образовательного процесса в широком контексте взаимодействия в образовательном пространстве «ДОУ – школа – вуз».

Целью исследования стало определение особенностей эмоционального выгорания у лиц с различным стажем педагогической деятельности. В исследовании, проведенном совместно с А.А. Михеевой, приняли участие 43 педагогических работника школы. Из них 13 человек было с трудовым стажем от 0 до 15 лет и 30 человек – со стажем от 16 до 49 лет. Основанием для разделения выборки на две группы в зависимости от стажа стал рубежный возраст, трактуемый в психологии как «кризис середины жизни», в период которого могут резко меняться жизненные ценности, профессиональные, межличностные и личностные предпочтения. Учитывая, что школа работает по проблеме сбережения здоровья обучающихся и обучающихся, результаты исследования дают возможность рассмотреть вероятное ухудшение эффективности образовательного процесса, особенно в конце учебного года, с точки зрения факторов, фаз и симптомов эмоционального выгорания, а также его взаимосвязи со стажем педагогической деятельности. Полученная диагностическая картина дает возможность определить оптимальные пути профилактики и коррекции для нормализации психического состояния и эмоционального здоровья как отдельных сотрудников, так и коллектива в целом.

Материалы и методы. Психометрические методики в исследовании применялись в паре. Опросник выгорания МВІ К. Маслач и С. Джексон (Maslach, 1981) в адаптации Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой (Во-

допьянова, 2005) применялся для определения факторов влияния на общую картину выгорания, т.е. своего рода диапазона, «широты» исследуемого явления. Общий показатель выгорания (высокий, средний или низкий) получался из суммы значений по трем шкалам: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция личных достижений». Анализ по каждой отдельно взятой шкале помогал понять, в чем состояли слабые места коллектива педагогов и как их можно было бы компенсировать работой с учителями. «Методика диагностики уровня выгорания» В.В. Бойко (Бойко, 2004) позволила определить ведущие симптомы для различных уровней переживания профессионального стресса испытуемыми. Методика направлена на то, чтобы измерить «глубину» подверженности педагогов школы хроническому стрессу. Дополнительно учителям было предложено написать краткое сочинение «Я и моя работа», чтобы вычленить суждения-индикаторы, относящиеся к субъектам с различной степенью выгорания (Черникова, 2014). Нарративная проекция рассматривалась в качестве вербального коррелята эмоционального состояния выгорания.

Результаты и их обсуждение. *Общий показатель* эмоционального выгорания в коллективе, сложившийся из суммы значений по шкалам «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция личных достижений», рассматривался как на редкость благоприятный для учительства. Две трети учителей школы имели низкие показатели по выраженности синдрома. Им удалось сохранить здоровое эмоциональное состояние до конца учебного, активно прожитого года. Это на редкость достойный показатель, и именно школы с эмоционально здоровым педагогическим коллективом создают эффективные технологические разработки в направлении здоровьесбережения. Показатели только 9,3% учителей (четыре человека) были отнесены к группе лиц с неблагоприятными высокими значениями эмоционального выгорания (рис. 1).

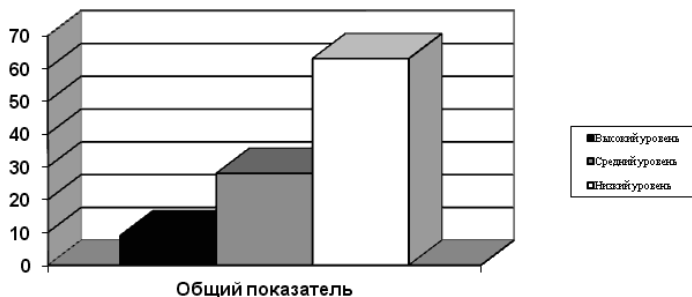


Рис. 1. Графическое изображение количественного распределения педагогов по общему показателю эмоционального выгорания

Условно обозначены на этом и последующих рисунках: неблагоприятный показатель – черным цветом; умеренный – серым цветом; благоприятный – белым цветом.

Что касается различий между группами педагогов в зависимости от стажа, то педагоги со стажем работы более 15 лет по сравнению с их младшими коллегами к концу учебного года подвержены эмоциональному выгоранию в большей степени. Это обычно проявляется в повышенном эмоциональном напряжении, чрезмерной обидчивости на критику, психосоматической чувствительности даже к незначительным неприятностям. Специально следует подчеркнуть, однако, что при всем этом доброжелательные отношения с учениками и коллегами сохраняются, и неизменным остается позитивное отношение к себе как успешному работнику.

Как в дальнейшем покажет анализ данных по отдельным шкалам, на уровень общего выгорания в значительной степени повлияли показатели шкалы «Эмоциональное истощение», которые к концу учебного года у учителей закономерно высоки и проявились в высоких значениях у третьей части коллектива. В связи с этим важно проводить диагностику в конце учебного года, чтобы в начале следующего начать реализацию психопрофилактической программы, проверив ее эффективность сравнительным замером спустя год.

Высокие показатели по шкале «Эмоциональное истощение» отражают ситуативно возникающее чувство апатии, беспомощности; передают субъективное ощущение невозможности справиться со стрессом, хронической усталостью, перегрузками; служат индикаторами трудностей в восстановлении работоспособности. Наблюдается отсутствие инициативы, избегание заведомо напряженных производственных ситуаций, появляется налет отрешенности. Истощение проявляется в защитном отстранении от неизбежного эмоционального содержания деятельности, пересмотре степени профессиональной вовлеченности в процесс ее выполнения. Появляется сомнение в ценности и значимости педагогического труда, возрастает неудовлетворенность его результатами. Актуальной становится потребность в уединенном отдыхе.

Количественные результаты диагностики педагогов школы по шкале «Эмоциональное истощение» (рис. 2) показывают, что этому фактору выгорания одинаково подвержены все педагоги вне зависимости от стажа педагогической деятельности.

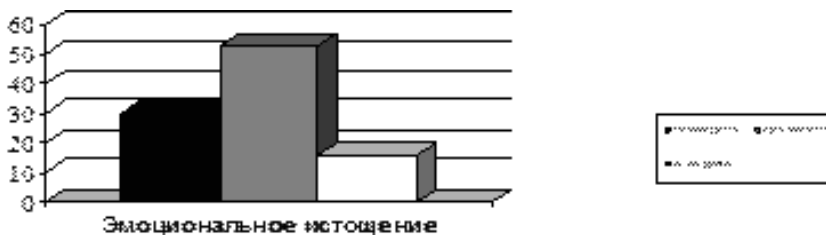


Рис. 2. Графическое изображение количественного распределения педагогов по показателю «Эмоциональное истощение»

Диагностические данные свидетельствуют о том, что у одной трети учителей они являются высокими, у половины – средними. Только самая небольшая часть (16,3%, семеро учителей) могут с уверенностью говорить о своей абсолютной эмоциональной устойчивости, сохраненной до конца учебного года. К сожалению, иногда оказывается так, что в эту группу входят случайные для педагогической профессии работники, переживающие в стенах школы неудачные попытки своего трудоустройства. Они устремлены в другие сферы деятельности, пока им недоступные, потому изначально демонстрируют свою отчужденность от учительского труда, подчеркивают его временный вынужденный характер, и угроза выгорания в педагогической профессии по этой причине их минует.

При организации психопрофилактической работы с коллективом данной школы следует основной упор сделать именно на поддержание позитивного эмоционального тонуса педагогических работников. Это следует предпринять, прежде всего, руководству школы путем учета эмоциональной чувствительности немолодых работников к стимулам нематериального характера (признавая заслуги, поддерживая инновационные шаги, ставя в пример). Одновременно с этим, как правило, в школе всегда имеются возможности для усиления организационного упорядочения деятельности, что снимет излишнюю эмоциональность в производственных отношениях. Нелишним будет также расширение рекреационных возможностей, нивелирующих неблагоприятные производственные факторы (например, обустройство учительской местами для отдыха, а пришкольного участка – ландшафтными решениями с рабочими местами).

Высокие показатели по шкале «Деперсонализация» отражают такие особенности профессиональной деятельности учителей, как обезличенность и формальность общения, отстраненность от учеников и коллег с их проблемами, имитация вовлеченности в процесс рабочих отношений

(профессиональная маска), что в целом со стороны воспринимается как черствость. Увеличивающийся объем работ встречается с раздражением, растет подозрение в недобросовестности коллег, которые перекалдывают на других свою работу. Появляется желание сохранить силы для личной жизни путем отстранения от производственных обязанностей. К сожалению, в дальнейшем получается так, что неприязненное отношение к работе, ученикам и коллегам переносится и на личные повседневные отношения.

Количественное распределение показателей по шкале «Деперсонализация» показано на рис. 3.

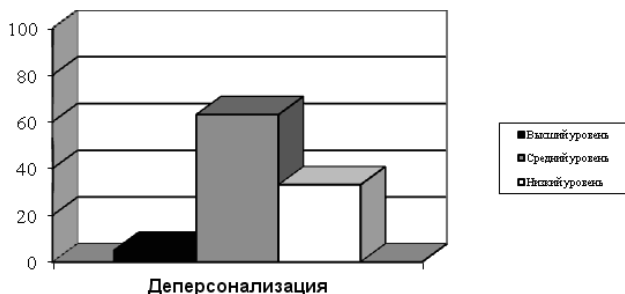


Рис. 3. Графическое изображение количественного распределения педагогов по показателям шкалы «Деперсонализация»

У одной трети коллектива имеются чрезвычайно благоприятные показатели по шкале «Деперсонализация», почти у двух третей – умеренные. Только в единичных случаях (у двух человек) имеются высокие показатели. В целом следует указать на то, что к концу учебного года продолжают оставаться ровными и доброжелательными производственные отношения и общении с учениками; по-прежнему проявляется внимание к потребностям коллег и воспитанников; терпеливо, без снижения качества взаимодействия, переносятся рабочие перегрузки. Такое распределение значений свидетельствует даже не столько о сохранившемся внимании к другим как важнейшей составляющей психологического здоровья учителя, сколько в целом о гармоничном совпадении в педагогическом коллективе школы профессионалов с профессией.

При сравнении показателей по шкале в двух возрастных выборках оказалось, что деперсонализация больше проявляется у учителей с меньшим стажем работы. Вероятно, это можно объяснить пока что не выработан-

ной у них с годами привычкой быть круглосуточно ответственным (или тревожным, как показывают данные предыдущей шкалы) в отношении профессиональной деятельности в системе «человек – человек».

Данные по шкале «Редукция личных достижений» отражают процесс смещения личных и профессиональных потребностей. Редукция личных достижений проявляется в завышенных требованиях к результатам своего труда и к себе как к работнику. При нереалистичных ожиданиях по отношению к себе как профессионалу это может стать причиной нарушения личностного равновесия. Неоправданные ожидания полной компетентности от себя в ситуациях, к которым работник не был готов, вызывают неоправданное самобичевание, снижают функциональную активность и уверенность в своих действиях. Существует риск того, что работник замкнется на своей неуспешности и перенесет ее на свою компетентность в целом при полном игнорировании положительного внимания, помощи и поддержки от других людей.

Количественное распределение показателей по шкале «Редукция личных достижений» отражено на рис. 4.



Рис. 4. Графическое изображение количественного распределения педагогов по шкале «Редукция личных достижений»

Количественные результаты по шкале «Редукция личных достижений» содержат сведения о том, что в плане оптимистического отношения к себе в профессии у учителей школы имеются на редкость благоприятные показатели. Так, каждые четверо из пяти педагогов абсолютно адекватно воспринимают себя в профессии, и одна пятая часть из них к этому близка. Полученные данные свидетельствуют, что в отношении к профессиональным обязанностям и к своим возможностям у учителей проявляется реалистичность, компетентность, позитивный настрой. Педагоги, хоть и

испытывают к концу учебного года перегрузки и усталость, подбадривают себя и коллег, сохраняя настрой на новые достижения. Педагогические работники школы ставят перед собой реальные цели и планомерно к ним следуют. В ситуации неуспеха они не отчаиваются и не обвиняют друг друга, а движутся вперед, учитывая свои ошибки и недоработки для большей эффективности в делах.

Глубина выгорания по трем фазам отражает последовательность развития синдрома от легкой степени («Напряжение») – через умеренную («Резистенция») – к необратимой («Истощение»), уже не подлежащей корректирующему воздействию. Суждения из текстов проективного сочинения-эссе «Я и моя работа» привлекались в качестве нарративной иллюстрации при интерпретации количественных результатов по фазам и отражали результаты поиска вербальных коррелятов эмоционального выгорания.

Диагностические данные по фазе «Напряжение» подтвердили, что уровень выгорания учителей связан, прежде всего, с проявлениями эмоциональной напряженности, сопровождающейся пониженным настроением и тревогой. Подверженной этому симптомокомплексу оказалась третья часть педагогического коллектива, что, по сути, повторяет показатели по методике МВИ. Следует отметить, что эти переживания одинаково глубоки у учителей независимо от стажа их работы. Находящиеся на этой фазе выгорания учителя осознают колебания своей работоспособности, вызванной эмоциональным состоянием. Они в силах контролировать его, понимают свои ресурсные возможности для восстановления. В текстах сочинения на тему «Я и моя работа» они рассуждают об этом примерно так: «На работе, даже если чувствуешь усталость, забываешь о плохом и проводишь уроки»; «Когда я прихожу на работу, то ощущаю прилив сил. Может быть, это передается от детей».

Статистически значимые различия между педагогами со стажем менее и более 15 лет существуют в начальной фазе формирования синдрома, обозначаемой как «Напряжение». Это означает, что учителя школы с большим стажем педагогической деятельности испытывают больший дискомфорт, когда условия труда и общения в коллективе складываются неблагоприятно; их неудовлетворенность собой при этом выше, хотя и ненамного. При внешне одинаковой картине проявления синдрома эмоционального выгорания в фазе «Напряжение» (повышенный речевой самоконтроль при допустимых нарушениях в исполнении обязанностей и профессиональных норм) долго работающие учителя на статистически значимом уровне отличаются от своих младших коллег меньшей устойчивостью к возникновению тревожного чувства.

Проведение психопрофилактической работы будет эффективным только для лиц, чьи показатели выгорания соответствуют первым двум фазам и не переходят в третью необратимую. Наибольшую пользу такая работа принесет именно в начальный период формирования синдрома. Психологическая работа по укреплению эмоционального здоровья строится на мероприятиях упреждающего типа; работа с явлениями полного выгорания не только малоэффективна, но чревата нежелательными последствиями. Психологу, который обнаруживает у учителей уровень эмоционального выгорания, соответствующий начальной фазе, следует при проведении психопрофилактической работы принимать во внимание бóльшую эмоциональную чувствительность у лиц с большим стажем педагогической деятельности.

Больше половины педагогов школы, наряду с симптомами начальной фазы эмоционального выгорания или пропустив эту фазу без особенных эмоциональных затрат, в полной мере испытывают на себе влияние симптомов средней, более неблагоприятной фазы *«Резистенция»*. Они выдерживают давление со стороны требований профессии, но само это давление ощущают в полной мере. Нарративными коррелятами эмоционального состояния служат суждения из текстов их сочинений, например: «С каждым годом я все больше убеждаюсь в том, что работать становится все сложнее»; «Моя работа приносит все меньше удовольствия и отнимает все больше физических и эмоциональных сил»; «Моя работа – это привычка. Мне очень трудно что-то менять. Я чувствую себя очень неуверенно в новой обстановке. Желание изменить свою деятельность возникает постоянно, но страх нового и неизвестного удерживает на месте»; «Моя работа меня кормит, и это тоже важно».

Следует отметить, что по одному из составляющих симптомов этой фазы – эмоционально-нравственной дезориентации – отмечены существенные различия в пользу учителей со стажем менее 15 лет. Полученная картина в который раз свидетельствует о том, что учителя с большим педагогическим опытом оказываются более уязвимыми в эмоциональном плане. Свои переживания они передают суждениями констатирующего характера, однако в них явно прослеживается недовольство теми сторонами учительской профессии, которые они не силах изменить: «Учитель не имеет никакого авторитета у родителей»; «Трудно работать с коллегами, особенно тогда, когда от детей они требуют того, что не выполняют сами»; «В последнее время ощущаю ненужность профессии, т.к. образование в нашей стране сведено к огромному количеству ненужных бумаг и выполнению государственных поручений, совершенно не связанных с

образованием (проведение выборов, рейды-патрули вместо полиции по улицам, обход квартир задолжников по оплате газа и др.); «Приходится работать “за троих”. При этом заработная плата остается на прежнем уровне, что не дает мне возможности жить достойно и комфортно».

Заслуживающая внимания картина наблюдается в отношении тех педагогов, которые переживают эмоциональное истощение во всей его глубине, обретя симптомокомплексы фазы «Истощение». Таковые составляют почти треть исследованных педагогических работников в коллективе (16 человек). Свое отношение к работе они выражают суждениями с восклицательным знаком, словно обозначая таким образом границы своего терпения: «Как бы радовала работа, если бы огромное, а иногда ненужное количество бумаг не мешало работать!»; «В последнее время я не чувствую, что нужна здесь!»; «Не понимаю, что я должна сделать, чтобы увидели хорошее во мне?!» Не получив необходимой поддержки в начальный период образования симптомокомплекса выгорания, выражающегося вплоть до интеллектуального и эмоционального ступора, в целях сохранения своего здоровья учителя явно или завуалировано отстаивают свое право на неполное исполнение своих обязанностей. По результатам диагностики их относят к группе лиц, подверженных полному эмоциональному выгоранию в конце учебного года вплоть до неспособности выполнять свои профессиональные обязанности. Если сравнивать две подгруппы учителей, то оказывается, что защитные действия у опытных педагогов проходят по типу личностной отстраненности от психотравмирующего предмета и психосоматических нарушений, а у учителей помоложе – по типу экономии эмоций и избегания эмоционально неблагоприятных ситуаций.

Выводы:

1. Уровень общего выгорания обусловлен, прежде всего, высокими показателями эмоционального истощения, что напрямую связано с характером педагогической деятельности. Косвенным свидетельством степени эмоционального выгорания является нарративный фон переживания синдрома. Одновременно с этим полученные результаты диагностики напрямую указывают на психологические ресурсы сохранения эмоционального здоровья.

2. Главный ресурс связан с сохранением ориентации на потребности другого, ученика и коллеги. Неизменной остается приверженность работе с людьми как непреложной ценности, при реализации которой следует придерживаться культурных норм доброжелательного и продуктивного взаимодействия. Несмотря на производственные перегрузки, учителя по-

прежнему внимательны к школьникам и другим педагогам, заботятся о качественных показателях своего труда.

3. Другим ресурсом эмоционального здоровья является устойчивая вера в свою компетентность и эффективность работы, оптимистический настрой на ее продолжение. Хотя в конце учебного года и сказывается общая физическая и эмоциональная усталость, неизменным остается неистощимый интерес к педагогической работе, любовь к своему учебному предмету и добрые отношения со школьниками и коллегами.

Рекомендации. Рекомендации по осуществлению психолого-административной поддержки исходят из ресурсных возможностей педагогического коллектива.

Административная работа по привлечению психологических ресурсов образовательного учреждения организуется с учетом высокой чувствительности коллектива к стрессовыми ситуациям. Психопрофилактическую работу по упреждению выгорания педагогов следует сфокусировать именно на укреплении эмоциональной составляющей. Такая работа может быть реализована, прежде всего, через усиление позитивных факторов жизнедеятельности коллектива: психологического климата, организационной поддержки развития и творческой самореализации, расширения средств морального стимулирования, привлечения рекреационных возможностей образовательной среды и др.

Одновременно с этим потребуются психопрофилактическая работа в режиме наставничества с теми учителями, мотивация которых имеет неустойчивый характер. Учитывая типичную для России картину старения педагогических кадров при слабой сменяемости поколений учителей, наставничество будет способствовать адаптации начинающих специалистов, пришедших в школу. В ходе такой работы будут активно транслироваться, наряду с нормами профессиональной деятельности и общения, личностное отношение к труду не только как средству достижения материального обеспечения, но и как к способу реализации творческого педагогического потенциала.

Список литературы

1. Бойко В. В. Энергия эмоций. СПб. : Питер, 2004. 474 с.
2. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб. : Питер, 2005. 336 с.
3. Здоровая личность / под ред. Г. С. Никифорова. СПб. : Речь, 2013. 400 с.
4. Черникова Т. В., Черникова В. В. Психология эмоционального выгорания. Волгоград, 2014. 296 с.
5. Maslach C., Jackson S. The measurement of experienced burnout // Journal of Occupational Behavior. 1981. Vol. 2. P. 99–113.

РАБОТЫ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

УДК 616.12-008.331.1:159.923

УРОВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

¹Н. Н. Антропова, ²Н. В. Попенко,

¹Городская клиническая больница №20 города Красноярска,
г. Красноярск, Россия

²Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Аннотация. Гипертоническая болезнь (артериальная эссенциальная гипертензия) является одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Целью данной работы является исследование уровня невротизации и подбор психокоррекционного мероприятия. В ходе исследования выявлен высокий уровень невротизации у больных гипертонической болезнью, для них характерно воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие и реагировать на такие ситуации состоянием тревоги, поэтому следует разработать комплекс реабилитационных программ, направленных на снижение невротизации.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, уровень невротизации, аутогенная тренировка, нервно-мышечное расслабление.

Актуальность. В последние десятилетия резко увеличилось число людей, страдающих различными заболеваниями, и оно неуклонно растет. Общая характеристика психики, в том числе и эмоциональные реакции заболевших, связанные с изменением физического состояния, во многом определяют течение заболевания, эффективность и результат его лечения, поэтому существует необходимость разработки реабилитационных программ.

Гипертоническая болезнь (артериальная эссенциальная гипертензия) является одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. В первую очередь это связано с тем, что из-за гипертонической болезни нередко снижается трудоспособность населения, в некоторых случаях она является причиной инвалидности и даже смертности. Вместе с этим, гипертоническая болезнь – фактор риска некоторых

иных сердечно-сосудистых заболеваний, например, инфаркта миокарда, ишемической болезни сердца, нарушений мозгового кровообращения, атеросклероза.

Актуальность работы заключается в том, что полученные исследования являются значимыми для практического здравоохранения и медико-психологической практики, что заключается в возможности использования результатов, отражающих особенности эмоциональной сферы при гипертонической болезни, в целях психодиагностики, психопрофилактики и реабилитации.

Целью данной работы является исследование эмоциональных особенностей больных гипертонической болезнью

а) исследовать уровень невротизации больных гипертонической болезнью.

Экспериментальная база: Городская клиническая больница № 20 города Красноярск. Кардиологическое отделение.

Для реализации поставленных задач был использован комплекс методов:

- теоритические методы (теоретико-методологический анализ, обобщение и интерпретация научных данных);
- психодиагностические методы: методика диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана.

Исследование проводилось на базе городской клинической больницы №20 города Красноярск, в кардиологическом отделении. В нем приняли участие 24 человека, больных гипертонической болезнью. Из них четверо мужчин в возрасте 52-77 и 20 женщин в возрасте 54- 86, средний возраст 70 ± 1 лет.

При сборе анамнеза у больных гипертонической болезнью отмечают жалобы на клиническую симптоматику и психологическое здоровье, в связи с нестабильностью физического компонента, что находит отражение и подтверждение в методах эмоциональной сферы.

Методика диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана показала, что у 16% испытуемых отмечен низкий уровень невротизации, свидетельствующий об эмоциональной устойчивости, положительном фоне переживаний, у 25 % человек отмечается повышенная тенденция к появлению невротических состояний, у 58%-повышенный уровень невротизации, свидетельствующий о выраженной эмоциональной возбудимости. В результате чего появляются негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство). Все полученные данные приставлены на диаграмме:

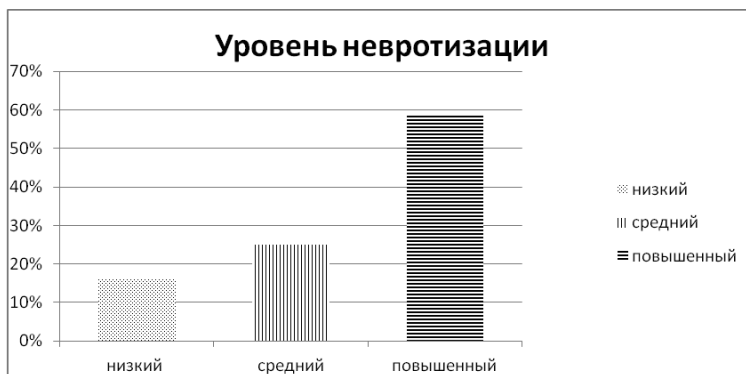


Рис. 1. Показатели исследования по методике диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана

Для того, чтобы снизить уровень невротизации у больных гипертонических больных широко используют немедикаментозные методы психокоррекции, например, психорелаксационную терапию, в основе которой лежит использование различных психологических приемов для достижения состояния нервно-мышечного расслабления (релаксации). Среди методов психорелаксационной терапии наиболее известными являются: прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, дыхательно-релаксационный тренинг, методика биологической обратной связи.

В основе метода прогрессивной мышечной релаксации лежит использование системы упражнений, состоящих из чередования напряжения и расслабления различных мышц и мышечных групп: а) лица; б) шеи и рук; в) спины и живота; г) ног (бедра, голени, стопы). Обязательным условием освоения методики является концентрация внимания на процессе напряжения, расслабления и особенно на ощущениях, возникающих при переходе мышцы от напряженного состояния к расслабленному. Методика основана на том, что попеременное напряжение и расслабление мышц позволяет сравнивать эти два состояния и облегчает обучение релаксации. Кроме того, считается, что напряжение мышц перед попыткой их расслабления может давать дополнительный импульс, позволяющий добиться более глубокого расслабления. При проведении занятий пациентов обучают улавливать минимальное повышение мышечного тонуса и достигать выраженной релаксации.

Аутогенная тренировка (аутотренинг) основана на использовании вербальных формул самовнушения для достижения состояния релаксации. Классическая методика аутотренинга состоит из двух ступеней: 1) обу-

чение релаксации посредством выполнения 6 стандартных упражнений с использованием вербальных формул, способствующих появлению и усилению ощущения тепла и тяжести в конечностях, тепла в области солнечного сплетения, прохлады в области лба, а также формул, касающихся сердечной деятельности и дыхания; 2) высшая ступень – аутогенная медитация. В терапевтической практике обычно используется освоение первой ступени аутотренинга

Следует обратить внимание на высокий уровень невротизации у больных гипертонической болезнью, для них характерно воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие и реагировать на такие ситуации состоянием тревоги, поэтому следует разработать комплекс реабилитационных программ, направленных на снижение невротизации. Поэтому я предложила психотерапию, которая направлена на расслабления мышц, что позволит больным гипертонической болезнью реагировать на ситуации менее болезненно.

Список литературы

1. Акбарова С. Н., Исаханова Н. Х. Психология больных гипертонией с точки зрения дерматоглифики // Молодой ученый. 2014. № 6. С. 789–791.
2. Бунова С. С. Гипертоническая болезнь: нарушения психонейрогуморальных взаимоотношений и способы их коррекции // Артериальная гипертензия. 2009. № 3. С. 346–354.
3. Ванчакова Н. П., Попов А. П. Тревожные расстройства у пациентов с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца и опыт их коррекции Тенотеном // Поликлиника, 2007. № 2. С. 74–78.
4. Гипертоническая болезнь: диагностика и лечение / Л. Н. Гончарова, Л. К. Федоткина, А. А. Усанова, И. Х. Фазлова. Саранск, 2008. С. 15.
5. Гребенев А. Л. Пропедевтика внутренних болезней : учебник. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2001. 592 с.
6. Полный цветопсихологический тест Макса Люшера / сост. В. В. Драгунский. М., 1995.
7. Ефимова Л. П. Амбулаторное наблюдение больных гипертонической болезнью в условиях Севера : метод. рекомендации. Сургут : Изд-во СурГУ, 2006. 39 с.
8. Кручинина Н. А., Поришин Е. Е. Особенности регуляции и ауторегуляции вегетативной функции при психоэмоциональном напряжении у лиц с разным уровнем артериального давления // Физиология человека. 1994. Т. 3, № 20. С. 89–97.
9. Крус Мендоса С. Гипертония: самые эффективные методы лечения. СПб. : Крылов, 2010. 75 с.
10. Михель Н. Д., Шварц Ю. Г. Особенности личности и клинико-инструментальные показатели у пациентов с фибрилляцией предсердий // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2012. Т.2., № 11. С. 960.
11. Чуднова А. Н. Карточки Люшера - ключ к тайным пластам подсознания человека. М.: АСТ, 2011. 157 с.

12. Чухнин Е. В., Амиров Н. Б., Халиуллина Л. А. Взаимосвязь особенностей психоэмоционального реагирования (по тесту Люшера) и основных параметров variability сердечного ритма при ИБС и гипертонической болезни // Фундаментальные исследования. 2011. № 7. С. 155–158.

13. Шпак Л. В., Колбасников С. В. Выраженность тревожных расстройств и состояние кровообращения у больных гипертонической болезнью // Терапевтический архив. 1998. № 6. С. 50–53.

УДК 159.9.072

ИССЛЕДОВАНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОЯВЛЕНИЯ МОТИВАЦИИ ДОСТИЖЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ЭКОНОМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ОБУЧЕНИЯ

¹ В. А. Борщ, ^{1,2} Ю. В. Живаева

¹Сибирский федеральный университет, г. Красноярск, Россия

²Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Аннотация: целью нашей работы является определение доминирующей составляющей мотивации студентов путём проведения исследования, определение основных характеристик людей, мотивированных на достижение успеха и на избегание неудачи. Наша работа нова и актуальна, так как от доминирующей составляющей мотивации зависит процесс и исход деятельности человека. Проведя данную работу, мы выявили, что большинство студентов мотивированы на избегание неудачи. Проанализировав различные источники, мы выяснили, что люди, избегающие неудачи, более пассивны и боязливы, а люди, мотивированные на достижение успеха, ставят перед собой серьёзные цели и уверенно их достигают.

Ключевые слова: мотивация, достижение успеха, избегание неудачи.

Актуальность. Актуальность исследования мотивационной сферы обусловлена все возрастающим интересом к психологии личности. Условные деятельности людей и неординарность их поступков делают изучение мотивации поведения человека актуальным в области психологии. Учёные пытаются понять, какая мотивация эффективнее воздействует на человека, как она влияет на ход деятельности людей и на её результаты.

Постановка проблемы. Мотивация тесно связана с успешной деятельностью. При отсутствии у человека должного мотивационного уровня успешность выполняемой им задачи может снижаться или достигать са-

мого низкого уровня. Люди, мотивированные на избегание неудач, в большинстве случаев не находят такую сферу активности, где можно было бы реализовать свои потенциальные возможности и достичь поставленных целей. Перестраивая своё сознание и мотивируя себя на достижение успеха, можно добиться определенного перепрограммирования личности. Такая личность сама способна включиться в работу, стремясь добиться успеха.

Материалы и методы. Мотивация достижения — одна из разновидностей мотивации деятельности, связанная с потребностью индивида добиваться успеха и избегать неудач. Впервые понятие «мотив достижения» было выделено Г. Мюрреем в 1930-х годах.

Исследователи мотивации достижения определяют её роль в результатах деятельности человека. Одними из первых исследователей мотивации достижения были Д. Аткинсон и Д. Макклеланд. Они установили, что люди, которые мотивируются успехом, лучше справляются с задачами, лучше о них помнят, а так же склонны брать новые задачи. В классическом понимании мотивации достижения Д. Аткинсоном индивид ставит себе средне сложные цели и таким образом добивается успеха.

Достижение, выступая как смысл деятельности, ведет к увязыванию объективной реальности с текущими состояниями человека, обеспечивая их соответствие, и восприятие жизненного мира как реальности, существующей для человека «здесь и сейчас». Ценность же достижения, возникая при взаимодействии личности с предметом, определяет соответствие предметов возможностям человека и открывает для человека возможность целенаправленного действия с предметом и ведет к творческой самореализации, что также позволяет рассматривать мотив достижения как стимулирующий активность фактор, обеспечивающий формирование модуля позитивной направленности идентичности человека в социокультурном пространстве.

Наиболее полной и непротиворечивой концепцией мотивации достижения представленной в рамках постнеклассики, на наш взгляд, является системно-динамическая модель М. Ш. Магомед-Эминова, раскрывающая мотивацию как процесс регуляции деятельности субъекта в актуальной ситуации. Исследуя психологию мотивации достижения Т. О. Гордеева отмечает, что «... в модели М. Ш. Магомед-Эминова мотивация представляет собой целостный процесс, регулирующий деятельность по всему ходу ее осуществления. Мотивация включает в себя ряд структурных компонентов и имеет несколько этапов. В данной модели мотив рассматривается как один из структурных компонентов мотивации как динамической системы, но при этом не выделяется структура самого мотива. Ценность в модели соотносится с мотивационной оценкой объектов, имеющей эмоциональную природу, (в

отличие от моделей мотивация зарубежных ученых «ожидание - ценность», где ценность рассматривается как когнитивный параметр), однако ценность, значение, смысл употребляются как синонимы, что препятствует объяснению их природы. Рассматривая мотивационно-эмоциональную оценку, являющуюся одним из механизмов мотивации инициации, в модели М. Ш. Магомед-Эминова не учитывается факт влияния эмоционально - установочного комплекса («эмус») на побуждение деятельности, где установки выступают как внеситуативные факторы регуляции, взаимосвязанные с ситуативными эмоциональными факторами. Мотивационно-эмоциональная оценка достаточно близка к «эмусу» и «установочно-смысловой регуляции», но не сводима к ним ввиду отсутствия включенности установки в формировании мотивации. Для обозначения всех детерминант или элементов мотивации используется более широкий термин «мотивационное образование». Мотив же может быть не только побудителем деятельности, но и характеризовать особенности личности, не теряя при этом своих динамических черт» (Степанский, 1981). Мотивация, как считает М. Ш. Магомед-Эминов, «...есть процесс, связывающий воедино личностные и ситуационные параметры на пути регуляции деятельности, направленной на преобразование предметной ситуации для реализаций релевантного мотива. Причем мотивация рассматривается в двух взаимосвязанных метасистемах - деятельности и личности. Однако существующие внутренние тенденции психологической науки выводят к пониманию того, что деятельность и личность, рассматриваемые как системы, являются подсистемами человека - единственной по-настоящему открытой системы. И, следовательно, функции этих подсистем могут быть поняты только через выяснение того, как они взаимодействуют внутри объединяющей их системы» (Ильин, 2000).

В отечественной психологии проблематика мотивации достижения также активно разрабатывалась. Вообще можно сказать, что специфика отечественного подхода к изучению проблематики мотивации состоит в том, что мотивация понимается как ценностно-целевое образование, главной функцией которого выступает побуждение к деятельности.

С целью исследования мотивации достижения нами был проведен эксперимент. В качестве диагностического инструментария мы использовали тест мотивации достижения М.Ш.Магомед-Эминова. Выборка исследования представлена студентами Института управления бизнес-процессами и экономики Сибирского Федерального Университета. В группе испытуемых находилось 23 человека.

Тест мотивации достижения предназначен для диагностики двух обобщенных устойчивых мотивов личности: мотива стремления к успеху и

мотива избегания неудачи. При этом оценивается, какой из этих двух мотивов у испытуемого доминирует. Методика применяется для исследовательских целей при диагностике мотивации достижения у старших школьников и студентов. Тест представляет собой опросник, имеющий две формы - мужскую (форма А) и женскую (форма Б).

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенного нами теста мы выяснили, что среди испытуемых только 4% мотивированы на достижение цели, остальные 96% стремятся избегать неудачи.

Для людей, избегающих неудачи, характерна пассивность и слабая адаптированность к окружающей реальности, что обусловлено боязнью обесценивания себя в собственных глазах и глазах окружающих, а также боязнью отрицательных последствий.

Для людей, мотивированных на достижение успеха, характерно представление результатов своей деятельности, стремление добиваться новых вершин, ставить всё более высокие для себя планки, серьёзные цели.

Выводы. Студенты, мотивированные на успех, обычно ставят перед собой положительную цель, достижение которой вполне можно расценивать, как успех, рассчитывающий получить одобрение за действия, направленные на достижение поставленной цели, полностью мобилизуют свои силы и ресурсы при ее достижении. Проявляется стремление быть в своем деле среди лучших или, во всяком случае, настолько хорошим, насколько они могут быть. Они уверены в успешном исходе задуманного, им свойственны поиск информации для суждения о своих успехах, решительность в неопределенных ситуациях, склонность к разумному риску, готовность взять на себя ответственность, большая настойчивость при стремлении к цели, адекватный средний уровень притязаний, который повышается после успеха и снижается после неудачи. Очень легкие задачи не приносят им чувства удовлетворения и настоящего успеха, а при выборе слишком трудных велика вероятность неуспеха; поэтому они не выбирают ни те, ни другие. При выборе же задач средней трудности успех и неудача становятся равновероятными, и исход становится максимально зависимым от собственных усилий.

При преобладании мотивации избегания неудачи студенты стремятся, прежде всего, избежать срыва, неудачи, порицания, наказания. Ожидание негативных последствий становится в данном случае определяющим. Студенты со склонностью к избеганию неудачи ищут информацию о возможности неудачи при достижении результата. Они берутся за решение как очень легких задач (где им гарантирован 100% успех), так и очень трудных (неудача не воспринимается как личный неуспех).

Студенты с высокой мотивацией достижения воспринимают успех как связанный со способностями и усилиями, а неудачу как вызванную недостатком усилий. Студенты с низкой мотивацией достижения полагают, что причиной их успеха является мера трудности задачи (ее легкость) или удача, а причиной неудачи - недостаток способностей. Эти результаты становятся понятными, если принять во внимание тот факт, что учащиеся с высокой мотивацией достижения склонны высоко оценивать свои способности, а учащиеся с мотивацией избегания неудачи, напротив, низко.

Список литературы

1. Гордеева Т. О. Мотивация достижения: теории, исследования, проблемы // Современная психология мотивации / под ред. Д. А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. С. 47–102.
2. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. СПб. : Питер, 2000. 345 с.
3. Магомед-Эминов М. Ш. Мотивация достижения: структура и механизмы: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1987. 22 с.
4. Степанский В. И. Влияние мотивации достижения успеха и избегания неудачи на регуляцию деятельности // Вопросы психологии. 1981. № 6. С. 59–74.

УдК 159.9.072

СПЕЦИФИКА ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ И АЛЕКСЕТИМИИ У СТУДЕНТОВ

Т. А. Гуляева, Е. И. Стоянова

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

Аннотация: В статье обсуждаются результаты исследования проявления защитных и алекситимии у студентов специальности «Педиатрия». Обсуждается, что алекситимия находится во взаимосвязи со стрессоустойчивостью. Невыраженные чувства копятя в подсознании, также накапливаются и их телесные проявления.

Ключевые слова: алекситимия, защитные механизмы, студенты

Актуальность. Алекситимия является значимым фактором риска психосоматических заболеваний и аддиктивных расстройств. Единой концепции терапии алекситимии в настоящее время не существует, как и единого понимания того, что же представляет собой алекситимия. Предполагаем, что у исследуемых доминирует не алекситимический тип личности в связи

с пережитыми стрессами и потрясениями. Можно связать с определенной копинг-стратегией. Высокой стрессоустойчивостью к внешним раздражающим факторам.

Постановка проблемы. Алекситимия сложный психологический феномен. Несмотря на многолетнюю историю его изучения представителями различных научных дисциплин, до настоящего времени нет единой научной концепции, позволяющей объяснить причины и механизмы развития алекситимии.

Копинг – это «непрерывно меняющиеся когнитивные и поведенческие попытки справиться со специфическими внешними и/или внутренними требованиями, которые оцениваются как чрезмерные или превышающие ресурсы человека». Авторы подчеркивают, что копинг – это процесс, который все время изменяется, поскольку личность и среда образуют неразрывную, динамическую взаимосвязь и оказывают друг на друга взаимное влияние.

Важно отметить, что в понятие «стресс» в копинге несколько отличается от того, что понимал под стрессом Ганс Селье, собственно и предложивший этот термин. Для Селье, стресс - это процесс внутренних изменений в системах организма в ответ на любое сильное или продолжительное воздействие окружающей среды. Мы привыкли понимать под стрессом нечто негативное, однако это не так. Реакция организма на разные лекарственные вещества изначально одинаковая, и Селье эту реакцию назвал общим адаптационным синдромом, позже - стрессом-реакцией. Стресс помогает организму поддерживать внутреннюю среду неизменной, постоянной, поддерживая в организме гомеостаз (Абитов, 2007)

Алекситимия выявляется с помощью специальных психологических тестов. Так, наиболее распространена так называемая торонтская шкала, которая была разработана в институте имени Бехтерева и содержащая в себе ряд вопросов, в качестве ответов на которые пациент должен выбрать один из предложенных вариантов. Уровень алекситимии определяют по сумме набранных баллов.

Выборку исследования составили студенты Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого.

Методами исследования выступили: «Торонтская алекситимическая шкала», «Методика определения копинг-стратегий Э. Хайма». «Торонтская алекситимическая шкала». Описание методики: шкала представляет собой инструмент для измерения и оценки алекситимии. Нормальным уровнем считается не более 62 баллов. Значения в 74 и более балла соответствуют явной алекситимии, остальные значения - промежуточным степеням. При адаптации в НИИ им. Бехтерева были получены следующие значения алекситимии:

Больные невротами: 70 баллов.

Больные психосоматическими заболеваниями: 72 балла.

Больные бронхиальной астмой: 71,8 балла.

Больные гипертонической болезнью: 72,6 балла.

Больные язвенной болезнью 71,1 балла.

Контрольная группа здоровых: 59 баллов.

«Методика определения копинг-стратегий Э. Хейма». Впервые термин появился в психологической литературе в 1962 году; Л. Мэрфи применил его, изучая, каким образом дети преодолевают кризисы развития. Четыре года спустя, в 1966 году Р. Лазарус в своей книге «Psychological Stress and Coping Process» («Психологический стресс и процесс совладания с ним») обратился к копингу для описания осознанных стратегий совладания со стрессом и с другими порождающими тревогу событиями.

Более точно копинг-поведение определяется так: копинг - это «непрерывно меняющиеся когнитивные и поведенческие попытки справиться со специфическими внешними и/или внутренними требованиями, которые оцениваются как чрезмерные или превышающие ресурсы человека». Авторы подчеркивают, что копинг – это процесс, который все время изменяется, поскольку личность и среда образуют неразрывную, динамическую взаимосвязь и оказывают друг на друга взаимное влияние.

Методика предназначена для выявления индивидуального стиля совладания со стрессом. Может использоваться в целях диагностики как непродуктивных паттернов поведения, так и ресурсов личности. Методика для психологической диагностики копинг стратегий, иначе копинг механизмов Хейма позволяет исследовать 26 ситуационно-специфических вариантов копинга (иначе типов поведения, реагирования на сложную ситуацию, борьбы со стрессом), распределенных в соответствии с тремя основными сферами психической деятельности на когнитивный (переосмысливание, анализ случившегося и т.д.), эмоциональный и поведенческий копинг механизмы. Методика адаптирована в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, под руководством д. м. н. профессора Л. И. Вассермана.

Таблица 1 – Результаты исследования алекситимии у студентов, в %

Характеристика алекситимии по типам	Показатели алекситимии
Не алекситимический тип	98%
Алекситимический тип	2%

Принявшие в исследовании группа студентов из 20 человек, показали следующие результаты: 98% студентов имеют не алекситимический тип личности, оставшиеся 2% алекситимичны.

Таблица 2 - Результаты исследования стрессоустойчивости у студентов, в %

Характеристика стрессоустойчивости	Показатели стрессоустойчивости
Высокая стрессоустойчивость	48%
Сопrotивление	28%
Пороговая стрессоустойчивость	24%

В исследовании приняли участие 20 человек. При подведении результатов, было выявлено следующее: у 48% преобладает такая копинг-стратегия как «Высокая стрессоустойчивость», у 28% «Сопrotивление» и у 24% «Пороговая стрессоустойчивость».

Высокий уровень стрессоустойчивости наблюдается у 48% испытуемых, они характеризуются высоким контролем эмоций, низкой подверженности стрессовым воздействиям и адекватным отношением к стрессу. Они способны справляться с трудностями сами, подвергают анализу трудности и причины их возникновения. Могут долгое время работать с большим напряжением сил. При возникновении стрессовых ситуаций способны легко адаптироваться к ним.

Для испытуемых (28%) характерно сопротивление, который проявляется в уходе в свои переживания и фантазии.

Низкий уровень стрессоустойчивости наблюдается у 24% испытуемых. При воздействии стрессоров они испытывают тревогу, не способны справиться с поставленной задачей, не успевают принимать адекватные решения в требуемом темпе.

Таким образом, алекситимия не является полным отсутствием эмоций у человека, но проблема состоит в невозможности выразить их. Тесно имеет связь с высокой стрессоустойчивостью. Невыраженные чувства копятся в подсознании, также накапливаются и их телесные проявления. В итоге у людей нарушается соотношение гормонов в организме, развиваются психосоматические нарушения.

Из-за подавляемых долгое время эмоций нередко развивается артериальная гипертензия, атеросклероз, ишемическая болезнь, колиты, гастриты, язвенная болезнь, бронхиальная астма, дерматиты различного происхожде-

ния, аллергические реакции, мигрени и прочие заболевания, нарушающие нормальную работу человеческого организма. Еще одним осложнением алекситимии может стать избыточный вес, так как неспособность выразить собственные чувства, согласно данным проведенных исследований, часто приводят к нерегулярному питанию. При этом лечение расстройства психики на фоне ожирения обычно представляет особую сложность для специалистов. Также подобное расстройство может стать причиной пристрастия человека к алкоголю или наркотическим веществам.

Список литературы:

1. Абрамова С. М. Возрастная психология. М. : Акад. проект, 2001. 699 с.
2. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. СПб. : Питер, 2009. 336 с.
3. Абитов И. Р. Антиципационная состоятельность в структуре совладающего поведения: в норме и при психосоматических и невротических расстройствах : дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. Казань, 2007. 29 с.
4. Александрова Л. А. Психологические условия адаптации личности к условиям повышенного риска природных катастроф : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04. М., 2004. 34 с.
5. Методика психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями : пособие для врачей и мед. психологов / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Е. Р. Исаева, Е. А. Трифонова, О. Ю. Щелкова, М. Ю. Новожилова, А. Я. Вукс. САПб. : НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2009. 54 с.

УДК 159.913

ИССЛЕДОВАНИЕ САМООЦЕНКИ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Д. А. Думлер, Е. И. Стоянова

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

Аннотация: В данной статье рассмотрена проблема изучения ПТСР в настоящее время. Проанализированы характерные особенности возникновения и течения ПТСР. Рассмотрены основные виды тревожности и ее характеристики. Представлены результаты по проведенной методике для определения уровня самооценки тревожности у пациентов с ПТСР. На основе проведенного исследования предоставлены выводы.

Ключевые слова: самооценка, тревожность, посттравматическое стрессовое расстройство.

Актуальность. Изучение ПТСР в последнее время становится очень актуальным, так как постоянно растет число катастроф, войн, природных бедствий в мире, что приводит к многочисленным жертвам и разрушениям. Поэтому важно исследовать данный вид расстройств и пути преодоления психических нарушений вследствие травматического стресса.

Авторы концепции посттравматического развития считают необходимым подчеркнуть, что вовсе не склонны рассматривать травму саму по себе как некое благо. Напротив, очевидно, что люди, переживающие травму, сталкиваются со множеством неприятных последствий и некоторые могут развить болезненные формы реагирования. Эмпирические исследования говорят о том, что посттравматическое развитие - не универсальный феномен и клиницист не должен ориентироваться на то, что позитивные изменения - это необходимый этап восстановления.

Постановка проблемы. Травма рассматривается как своеобразное психологическое «землетрясение», событие сейсмического характера, которое потрясает основы мироустройства, жизненные кризисы подвергают серьезному испытанию или даже разрушению систему представлений, способ осмысления мира. Необычность, неконтролируемость, потенциальная необратимость, скрытая или явная угрозы события меняют перспективу, способ восприятия мира и себя в этом мире, человек оказывается расщепленным на «до» и «после», он не равен самому себе, прежние границы разрушены. Именно из-за нарушения системы фундаментальных представлений, которая обеспечивала структуру и смысл жизни, мы видим дистресс и рост сосуществующими после травмы (Вдовина, 2009)

Ирвин Ялом также говорит о том, что выживание в экстремальных обстоятельствах зависит от того, способен ли человек найти смысл в собственном страдании (Пятницкая, 2007). Судя по всему, посттравматическое развитие и уровень дистресса/комфорта относятся к разным измерениям. Это соответствует клиническим наблюдениям, поскольку люди, переживающие значимые изменения на пути посттравматического развития, далеко не всегда демонстрируют снижение уровня дистресса и улучшение состояния.

Характерной чертой этой группы расстройств является их отчетливо экзогенная природа, причинная связь с внешним стрессором, без воздействия которого психические нарушения не появились бы. Типичными стрессорами являются боевые действия, природные и транспортные катастрофы, несчастный случай, присутствие при насильственной смерти других, разбойное нападение, пытки, изнасилование, пожар.

В последнее десятилетие в связи с резкими изменениями в жизни россиян существенно усилился интерес российских психологов и психиатров к изучению такого явления, как тревожность. Изучение тревожности на разных возрастных этапах важно как для раскрытия сути данного явления, так и для понимания возрастных закономерностей развития эмоциональной сферы человека, становления эмоционально-личностных образований (Александрова, 2005)

Человек, испытывающий состояние душевного равновесия, психологического комфорта, человек, социально адаптированный, у которого не нарушены психические функции (мышление, память, внимание, восприятие, эмоции), - это психически здоровый человек. Под влиянием различных факторов такое равновесие может нарушаться. Наиболее сильными внешними факторами, формирующими психическое состояние как отдельных индивидов, так и общества в целом, являются факторы социальные.

В современных зарубежных и отечественных исследованиях тревожность рассматривается в самых различных аспектах. Значительная часть исследований посвящена установлению коррелятивных зависимостей между тревожностью и личностными, интеллектуальными особенностями, некоторыми особенностями познавательных процессов, параметрами социальной среды. Однако полученные данные носят довольно противоречивый характер и указывают на связь тревожности с социальными и культурными условиями, что служит для исследователей дополнительным аргументом в пользу представлений о преимущественно личностной, социальной природе тревожности (Вдовина, 2009)

Продуктивным подходом к анализу проблемы тревожности явились идеи Л. И. Божович об адекватной и неадекватной тревожности. Согласно этой точке зрения критерием подлинной тревожности выступала её неадекватность реальной успешности, реальному положению индивида в той или иной области. Только в таком случае она рассматривалась как проявление общеличностной тревожности, «зафиксировавшейся» на определённой сфере.

З. Фрейд выделяет три вида тревожности:

- 1) Объективную, вызванную реальной внешней опасностью;
- 2) Невротическую, вызванную опасностью неизвестной и неопределённой;
- 3) Моральную, вызванную тревожностью совести.

Анализ невротиической тревожности позволил З. Фрейдю выделить два её основных отличия от объективной:

- опасность является внутренней, а не внешней;
- невротическая тревожность сознательно не признаётся.

Основной источник невротической тревожности – боязнь потенциального вреда, который может причинить освобождение влечений.

Невротическая тревожность может существовать в трёх основных формах :

- 1) «Свободно плавающая» тревожность, которую человек носит всюду с собой и которая всегда готова прикрепиться на время к любому подходящему объекту, явлению (как внешнему, так и внутреннему);
- 2) Фобические реакции, которые характеризуются сильной реакцией на некоторые объекты и ситуации – боязнь высоты, змей, толпы, грома;
- 3) Страх, возникающий при истерии и тяжелых неврозах и характеризующийся полным отсутствием связи с какой-либо внешней опасностью.

Моральная тревожность возникает вследствие восприятия Эго опасности, идущей из Супер-Эго. Она представляет собой, по сути, синтез объективной и невротической тревожности, так как Супер-Эго является голосом авторитета родителей и продуцирует вполне реальную тревогу угроз и наказаний.

А. М. Прихожан выделяла две основные категории тревожности:

1. Открытая – сознательно переживаемая и проявляемая в поведении и деятельности в виде состояния тревоги.
2. Скрытая – в разной степени не осознаваемая, проявляющаяся либо чрезмерным спокойствием, нечувствительностью к реальному благополучию и даже отрицанием его, либо косвенным путем через специфические способы поведения.

Внутри этих категорий были выявлены различные формы тревожности. Выделены три формы открытой тревожности:

1. Открытая, нерегулируемая или слабо регулируемая тревожность – сильная, осознаваемая, проявляемая внешне через симптомы тревоги, самостоятельно справиться с ней индивид не может.
2. Регулируемая и компенсируемая тревожность – дети самостоятельно вырабатывают достаточно эффективные способы, позволяющие справляться с имеющейся у них тревожностью. По характеристикам используемых для этих целей способов внутри этой формы выделились две субформы:

- а) снижение уровня тревожности;
- б) использование её для стимуляции собственной деятельности, повышения активности

Регулируемая и компенсируемая тревожность встречаются преимущественно в двух возрастах: младшем школьном и раннем юношеском, то есть в период, характеризующихся как стабильные.

3. Культивируемая тревожность – тревожность осознаётся и переживается как ценное для личности качество, позволяющее добиваться желаемого. Культивируемая тревожность выступает в нескольких вариантах. Во-первых, она может признаваться индивидом как основной регулятор его активности, обеспечивающий его организованность, ответственность. Во-вторых, она может выступать как некая мировоззренческая и ценностная установка. В-третьих, она нередко проявляется в поиске определённой «условной выгоды» от наличия тревожности и выражается через усиление симптомов.

Говоря о формах тревожности, нельзя не коснуться также проблемы так называемой «замаскированной» тревожности. Под «маской» понимается несоответствие внешнего вида и поведения человека проявлениям того или иного эмоционального состояния.

К «маскам» тревожности относятся следующие два типа:

- Агрессивно-тревожный тип наиболее часто встречается в дошкольном и подростковом возрастах и при открытых, и при скрытых формах тревожности. Спецификой агрессивно-тревожного типа является ярко выраженное чувство опасности, смесь агрессии и тревоги: совершая агрессивный поступок, проявляя вербальную агрессию или давая соответствующий ответ на тестовый материал, индивид одновременно как бы извиняется, сам боится своей «смелости».

- Тревожно-зависимый тип наиболее часто встречается при открытых формах тревожности, особенно при острой, нерегулируемой и культивируемой формах. Этот тип характеризуется повышенной чувствительностью к эмоциональному самочувствию другого человека, причем нередко выделяется какая-либо одна значимая фигура, отношения которой в наибольшей степени влияют на эмоциональное самочувствие, особенности поведения индивида.

Устойчивая тревожность оказывает негативное влияние на деятельность и развитие личности, вне зависимости от того, в какой форме она проявляется. Это происходит даже в тех случаях, когда человек сознательно использует тревожность в своих целях. Во многом это происходит за счет того, что тревожность придает деятельности выраженный приспособительный характер. Деятельность, общение осуществляются не по внутренним, присущим самой деятельности мотивам, а в значительной степени определяются тревожностью, т.е. внешнему по отношению к де-

ятельности, чуждому ей мотиву. Кроме того, мобилизующая функция тревоги действует в таких случаях в достаточно узких пределах из-за силы и стабильности этого переживания.

Устойчивость и интенсивность переживания тревожности чрезвычайно расширяют круг ситуаций и обстоятельств, которые оказываются для человека значимыми, что соответствует представлениям о таком уровне явлений тревожного ряда, когда ранее нейтральный стимулы становятся эмоционально значимыми и приобретают негативную окраску.

Анализ ряда форм тревожности свидетельствует, что она сама нередко выполняет защитную функцию. Поведение тревожных людей, их высказывания показывают, что они испытывают потребность в этом переживании, поскольку оно отражает привычное представление о себе, привычную самооценку, привычное эмоциональное самочувствие. Известно, что потребность в устойчивости «Я-концепции», представления о себе имеет две стороны: одна из них связана с достижением определённого уровня целей, которое обеспечивает удовлетворяющий уровень отношений к себе, другая – с сохранением привычного отношения к себе вне зависимости от его характеристик. С этим связан, например, известный феномен «дискомфорта успеха» (Дж. Аронфрид). Для тревожных людей оказывается значимым именно вторая сторона, поскольку с её помощью обеспечивается стабильная и предсказуемая картина мира и своего места в нём.

В ходе исследования была проведена методика для определения уровня самооценки тревожности пациентов с ПТСР. Исследование по шкале самооценки тревожности Спилберга-Ханина является надёжным и информативным способом выявления уровня тревожности в данный момент (реактивной тревожности как состояния) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека).

Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагируя состоянием тревоги. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушение внимания, иногда — тонкой координации. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, эмоциональными, невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Однако тревожность не является изначально негативным феноменом. Определённый уровень тревожности - естественная и обязательная особенность активной личности. При этом существует оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги».

Значительные отклонения от уровня умеренной тревожности требуют особого внимания; высокая тревожность предполагает склонность к появлению состояния тревоги у человека в ситуациях оценки его компетентности. В этом случае следует снизить субъективную значимость ситуации и задач и перенести акцент на осмысление деятельности и формирование чувства уверенности в успехе.

Низкая тревожность, наоборот, требует повышения внимания к мотивам деятельности и повышения чувства ответственности. Но иногда очень низкая тревожность в показателях теста является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем свете».

В результате проведения были выявлены следующие результаты: у пациентов ситуативная (45%) и личностная (50%) тревога в большей степени носят умеренный характер, что говорит о субъективном переживании эмоций, беспокойством пациентов. Состояние реактивной тревожности возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию. Обычно уровень реактивной тревожности изменяется (повышается или снижается) накануне важных встреч, перед выполнением ответственных заданий, соревнованиями, выступлениями в аудитории. Тревожность может быть результатом недавно пережитых событий, эмоциональное впечатление от которых еще не утратило своего воздействия на личность. Личностная тревожность это также устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденций воспринимать довольно широкий спектр ситуаций как угрожающие (тенденция избегания).

Таким образом, ссылаясь на результаты исследования с умеренными показателями ситуативной и личностной тревожности, представляется актуальной работа в рамках психологических направлений по снижению тревожного состояния у пациентов с ПТСР.

Список литературы

1. Александров Е. О. Интегративная психотерапия посттравматического стрессового расстройства. М., 2005. С. 57-59.
2. Вдовина И. В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих и их реабилитация // Психологическая газета. 2009. № 5. С. 13-15.
3. Пятницкая Е. В. Психология травматического стресса : учеб. пособие. М., 2007. С. 71-72.
4. Тарабрина Н. В. Синдром посттравматических стрессовых нарушений – современное состояние проблемы // Психологический журнал. 2003. № 2. С. 11–12.

ПОВЫШЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ИНОГОРОДНЫХ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ В ВУЗЕ ПОСРЕДСТВОМ АРТ-ТЕРАПИИ

Е. А. Ефимова, М. А. Лисняк

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

Аннотация. В статье обсуждаются возможности использования методов арт-терапии для повышения социально-психологической адаптации иногородних студентов к процессу обучения в высшем учебном заведении. Приводятся результаты апробации психокоррекционной программы, направленной на развитие адаптационных механизмов у студентов-первокурсников.

Ключевые слова: социально-психологическая адаптация, студенты высшего учебного заведения, психокоррекционная программа, арт-терапия.

Актуальность. В современных реалиях образовательная траектория для многих людей предусматривает их отрыв от привычной среды с целью получения качественного высшего образования. Это сложно для человека любого возраста, и вдвойне сложно для вчерашних школьников, которые поступили на очное отделение в ВУЗ и вынуждены проживать по месту нахождения образовательного учреждения.

Изменение привычных условий обитания человека (вещной обстановки, уклада жизни, особенностей питания и т.д.) само по себе является стрессовым фактором и требует определенных ресурсов на приспособление. У студентов к вышеназванным факторам добавляется еще один, но довольно значимый – образовательный процесс в высшем учебном заведении, к которому также требуется психологическая адаптация.

Учебная деятельность сама по себе для первокурсников не является новым образованием, с ней они были знакомы на этапе средней школы. Однако обучение в ВУЗе имеет ряд специфических моментов, принципиально отличающихся от обучения в школе.

Постановка проблемы. Адаптивная ситуация вызвана новизной самой деятельности и условий, в которых она протекает. Если рассматривать это положение более подробно, то можно выделить: новизну целей

студента; новизну деятельности, протекающей в рамках учебно-воспитательного процесса вуза; новизну ближайшего его социального окружения; для тех студентов, которые приехали в город из сельской местности - новизну более широкой социальной городской среды, к которой они также должны адаптироваться. Переступив порог родной школы, лицея или гимназии, забираться на следующую ступеньку бывшему школьнику придётся самостоятельно, уже без присмотра родителей. Перед студентом открывается весь мир, и выбор, который он совершает изо дня в день, во многом будет влиять на будущее. Предоставленная свобода действий понесёт за собой высокую ответственность. Студент — взрослый человек, которому многое приходится решать самому. И то, что его меньше контролируют, означает, что он должен контролировать себя сам. Из-за отсутствия строгого контроля в вузе может показаться, что игнорировать посещение занятий и выполнение заданий — вполне себе разумющееся дело. Но подобные происшествия все же недопустимы, о чем студент должен обязательно помнить. Продолжительность занятий и объем изучаемого материала в ВУЗе намного больше, чем в школе, поэтому студент должен быть готов к тому, что отныне на учебу и выполнение домашнего задания будет тратиться гораздо больше времени, дабы успешно обучаться и сдавать экзамены на сессиях. Сформированные в процессе обучения в школе стереотипы, которые приводят студентов не к изучению и осмыслению материала, а к конспектированию и заучиванию, необходимо будет менять, чтобы обучение было эффективным. К тому же, конечно, человеку, уже привыкшему к своему школьному окружению, к друзьям и учителям, придется окунуться в совершенно новый коллектив, налаживать отношения с однокурсниками, так и выстраивать долгосрочные и эффективные контакты с преподавателями, куратором и деканом.

Таким образом, учитывая вышеизложенное становится понятной необходимость психологической адаптации первокурсников к ситуации обучения в ВУЗе. Успешная и быстрая адаптация к обучению позволит студентам как можно скорее влиться в учебный процесс, привыкнуть к новой для них обстановке и темпу жизни. В ином случае, отсутствие либо несовершенство психологической адаптации к обучению чревато различными проблемами:

- возникновение межличностных внутригрупповых проблем;
- дистанцирование от коллектива;
- снижение самооценки студента;
- повышение уровня тревожности;
- снижение творческого потенциала студентов;

- развитие девиантного поведения (прибегание к курению, алкоголизму и др.);
- академическая неуспеваемость, большой отсев по результатам первой сессии;
- возникновение психосоматических реакций, вплоть до заболеваний.

В психологии под термином «адаптация» понимается перестройка психики индивида под воздействием объективных факторов окружающей среды, а также способность человека приспосабливаться к различным требованиям среды без ощущения внутреннего дискомфорта и без конфликта со средой. При этом подразумевается процессуальная сторона собственно явления адаптации, преодоления трудностей и формирования определенных свойств личности (Елгина, 2010; Мирясова, 2013; Николаев, 2013).

Проблеме адаптации первокурсников к вузовской образовательной среде посвящено немало исследований. Изучение адаптации как социальной категории представлено в трудах Л. И. Анцыферовой, В. Г. Асеева, В. В. Аршавского, Е. Ю. Коржовой, И. А. Милославовой, А. А. Налчаджян, Л. М. Растовой, В. В. Ротенберга, Н. А. Свиридова. Психологические аспекты адаптации раскрыты в работах Б. Г. Ананьева, Ф. Б. Березина, Л. С. Выготского, Л. В. Корель, А. А. Леонтьева, В. И. Медведева, А. В. Петровского, Л. Рубинштейна и др. В контексте педагогических исследований К.А. Абульханова-Славская, Андреева Д. А., Васильева С. А., Копина Н. С., Фёдорова Е. Е.) рассматривают отдельные аспекты адаптации студентов к профессиональной деятельности, а также учебной деятельности на начальных этапах обучения в вузе, адаптацию в учебном коллективе, адаптацию к образовательной среде вуза в целом.

Все эти исследования и предложения способов повышения адаптации имеют свои достоинства и недостатки. Главным недостатком большинства является необходимость проведения многочасовых тренингов и индивидуальных консультаций, требующих решению проблемы психологической адаптации иногородних первокурсников.

Мы предположили, что именно посредством арт-терапии, различных ее видов, можно добиться повышения адаптационных возможностей иногородних студентов первокурсников к обучению и, таким образом, помочь им быстрее освоиться в качестве студентов. Именно необходимостью успешной адаптации и обусловлена актуальность нынешнего исследования.

В последние годы активно растет интерес к применению методов арт-терапии в психологии, и педагогике, социальной сфере и других областях.

Арт-терапия— направление в психотерапии и психологической коррекции, основанное на искусстве и творчестве. В узком смысле слова, арт-терапия - терапия изобразительным творчеством, имеющая целью воздействие на психоэмоциональное состояние пациента. Главной же целью арт-терапии является гармонизация психического состояния посредством саморазвития и самовыражения.

Особая ценность применения искусства в терапевтических целях состоит в том, что с его помощью можно на символическом уровне выразить и исследовать самые разные чувства и эмоции, то, что порой нельзя выразить или передать словами. Методика арт-терапии базируется на убеждении, что содержания внутреннего «Я» человека отражаются в зрительных образах всякий раз, когда он, например, берет в руки кисть и рисует картину, сочиняет музыку, либо пишет рассказ, в ходе чего происходит гармонизация состояния психики.

Термин «арт-терапия» был введен художником Адриан Хилл в 1938 году при описании итогов своей работы в санаториях для больных туберкулезом. Также, арт-терапия активно применялась специалистами США при работе с детьми, пострадавшими от фашистских лагерей во времена Второй мировой войны.

В психологических же кругах идеи арт-терапии развивали З. Фрейд и К. Г. Юнг, утверждающие, что конечный итог творческой деятельности клиента есть продукт его бессознательного (творчество как механизм сублимации), либо «коллективного бессознательного» (творчество как трансцендентная его функция) соответственно (Папшева, 2012).

К видам арт-терапии относятся:

- изотерапия (лечение посредством изобразительного искусства);
- музыкотерапия (прослушивание либо сочинительство музыки, мелодий);
- дэнс-терапия;
- игротерапия;
- драмтерапия;
- библиотерапия (сочинительство либо художественное выразительное чтение), в том числе сказкотерапия;
- артсинтезтерапию (семь видов искусств, объединенных в единой тренинговой системе: ассоциации, живопись, стихосложение, драматургия, пластика, театр, риторика);
- песочная терапия;
- цветотерапия («лечение радугой»);
- фототерапия (лечебно-коррекционное применение фотографии);

- видеотерапия;
- маскотерапия;
- анимационная или мульт-терапия (Платонова, 2014).

Арт-терапия дает возможность человеку выразить свои агрессивные чувства в социально – приемлемой манере, способствует возникновению внутреннего контроля и порядка, развивает внимание к собственным чувствам, усиливает чувство собственной личностной ценности. Рисование, живопись красками или лепка являются безопасными способами разрядки напряжения. Арт-терапия ускоряет прогресс в терапии. Подсознательные конфликты и внутренние переживания легче выражаются с помощью зрительных образов, чем в разговоре во время вербальной психотерапии. Она дает основания для интерпретаций и диагностической работы в процессе терапии и позволяет работать с мыслями и чувствами, которые кажутся непреодолимыми (утраты, внутренние конфликты, воспоминания детства, сновидения). Иногда невербальное средство оказывается единственным инструментом, вскрывающим и проясняющим чувства и убеждения. Посредством арт-терапии укрепляются терапевтические взаимоотношения, т.к. элементы соблюдения в групповой работе в плане творчества могут ускорить эмпатию и принятие.

Специалисты подчеркивают роль арт-терапевтического процесса в повышении адаптационных возможностей человека, в разрешении трудностей эмоционального развития и импульсивности эмоциональных реакций, в разрешении внутрличностных и межличностных конфликтов, коррекции уровня тревожности, коррекции фобий и страхов, а также коррекции уровня самооценки (Щербакова, 2010).

Материалы и методы. На первоначальном этапе работы была разработана психокоррекционная программа, целью которой являлось повышение адаптационных возможностей иногородних студентов, овладение ими новой социальной ролью, преодоление возникшего при смене места жительства напряжения.

В группу были приглашены иногородние студенты первокурсники факультета «клиническая психология» Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, по результатам психодиагностики (методика диагностики социально-психологической адаптации К. Рождеса, Р. Раймонда) имеющие низкий уровень социально-психологической адаптированности, т.е. дезадаптированные студенты.

Программа была рассчитана на 12 психокоррекционных занятий, длительностью каждое по 45 минут, 3 просветительских занятия-лекции по

30 минут, а также индивидуальные встречи со студентами по их запросу.

Результаты и их обсуждение. Основными задачами программы были определены:

- снижение напряженности и стресса, в связи со сменой условий жизни и вида деятельности (смена школьного обучения на обучение в университете);
- ускорение процесса вхождения студента в новую для него социальную роль;
- снижение уровня неопределенности и беспокойства;
- повышение уверенности в себе, самопринятие;
- получение полной информации, требуемой для эффективного обучения в ВУЗе и взаимодействия с преподавателями и сокурсниками;
- уменьшение количества возможных ошибок, связанных с освоением функциональных обязанностей;
- просвещение в области социально-психологической адаптации.

Содержание психокоррекционной программы составляли различные упражнения арт-терапии (преимущественно изотерапия, музыкотерапия, дэнс-терапия, игротерапия, библиотерапия). Темами просветительских занятий являлись:

- «Я – студент КрасГМУ!» (чтение и объяснение правила поведения, обучения в Красноярском государственном медицинском университете им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого);
- «Клинический психолог – кто это?».
- «Успешная адаптация – залог моего успеха».

В рамках просветительских занятий студенты первого курса получили четкое представление о выбранной специальности, методах и формах обучения, видах, представляемых формах отчетных документов, организации их содержания, периодах сдачи текущего и итогового контроля знаний и др.

На индивидуальных же встречах со студентами поднимались и решались отдельные вопросы, которые тоже прямо или косвенно могут являться частью вопроса адаптации.

На формирующем этапе эксперимента среди студентов первокурсников факультета «Клиническая психология» в количестве 22 человек был проведен психодиагностический срез с помощью методики диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Раймонда. По итогам изучения результатов методики были выявлены контрольная (в количестве 7 человек) и экспериментальная (в количестве 15 человек) группа. В экспериментальную группу (с которой про-

водился психокоррекционный тренинг) вошли иногородние студенты с низким уровнем социально-психологической адаптированности, т.е. дезадаптированные студенты. Контрольную же группу составили как иногородние, также студенты, приживавшие в городе ранее, которые уже успешно адаптировались к обучению и не испытывают при этом сложностей с освоением новой социальной роли и взаимодействием с сокурсниками.

Повторное проведение методики диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса, Р. Раймонда среди участников экспериментальной группы, после проведения психокоррекционных и просветительских занятий, а также индивидуальных встреч, показало значительное повышение адаптационных возможностей студентов, повышение уровня самопринятия и принятия других, эмоционального комфорта.

Повторное проведение методики изучения методики диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса, Р. Раймонда среди контрольной группы (уже успешно адаптированные) качественных изменений не выявило.

Индивидуальная работа с членами экспериментальной группы, их обратная связь дали понять, что арт-терапия является мягким, безболезненным, но мощным способом решения как личностных, так и межличностных конфликтов, повышения их самооценки и самопринятия, и в целом приятный и полезный способ проведения досуга (некоторых студентов серьезно заинтересовала изотерапия, библиотерапия и фототерапия).

Выводы. Методики арт-терапии положительно зарекомендовали себя в работе по повышению социально-психологической адаптации. Их достоинством является возможность применения как в индивидуальной, так и в групповой формах работы.

Полученные результаты обнадеживают в плане возможности психокоррекционной работы. Однако необходимы дальнейшие исследования, в частности для наблюдения отсроченных во времени результатов в каждой группе испытуемых.

Список литературы

1. Елгина Л. С. Социальная адаптация студентов в ВУЗе // Вестник Братского государственного университета. 2010. № 5. С. 162–166.
2. Мирясова Н. А. Анализ интегративных аспектов арт-терапии // Среднерусский вестник общественных наук. 2013. № 1. С. 4.

3. Николаев Е. Л., Лазарев Е. Ю. Адаптация и адаптационный потенциал личности: соотношение современных исследовательских подходов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. № 9. С. 15–32.

4. Папшева Л. В. Арт-терапевтические методы и техники в социально-психологическом тренинге // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Акмеология образования. Психология развития. 2012. Т. 1, № 3. С. 41–43.

5. Платонова А. В. Арт-терапия в работе психолога // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2014. № 1. С. 71–73.

6. Щербакова В. П. Социально-психологический механизм адаптации // Известия Тульского государственного университета. Гуманитарные науки. 2010. № 1. С. 215–225.

УДК 159.913

ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ, ИМЕЮЩИХ НАРУШЕНИЯ В СМЫСЛОВЫХ ОРИЕНТАЦИЯХ

Д. С. Злобина, Е. И. Стоянова

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

Аннотация: Статья посвящена исследованию пациентов с ПТСР, имеющих нарушения в смысловых ориентациях. Теоретико-методологической основой нашего исследования являются работы отечественных и зарубежных ученых, которые рассматривали данную сферу, как отдельный аспект. В работе представлена диагностика индивидуальных особенностей ценностных ориентаций и смысловой сферы личности. Приводится анализ полученных результатов.

Ключевые слова: смысловые ориентации, нарушения, посттравматическое стрессовое расстройство

Актуальность. В настоящий момент времени, психологические последствия травматического опыта приобретает особую значимость в связи с ростом в различных регионах планеты антропогенных катастроф, «горячих точек» и террористических актов. Актуальность изучения смысловых механизмов переживания боевого стресса определяется необходимостью разработки методов и технологий оказания помощи военнослужащим, сотрудникам органов внутренних дел, задействованным в военных конфликтах.

Постановка проблемы. Первоначально исследование ценностно-смысловой сферы затрагивается в работах В. Дильтея и Э. Шпрангера. В. Дильтей считал главным предметом изучения «описательной» или «познающей» психологии является «душевная жизненная связь».

Э. Шпрангер выделяет смысловую связь, имеющую отношение к ценности, как главное свойство душевной жизни, также он выделяет различные смысловые направления, которые базируются на установке индивида на определенные объективные ценности.

По Б. Г. Ананьеву, исходным моментом индивидуальных характеристик человека как личности является его статус в обществе, равно как и статус общности, в которой складывалась и формировалась данная личность.

Теоретико-методологической основой нашего исследования являются работы отечественных и зарубежных ученых. В основе данной проблемы лежит концепция П. В. Каменченко (1992), который полагает, что выделение ПТСР — этап в изучении воздействия экстраординарной психической травмы на психическое здоровье человека. Нашей выборкой исследования являются исследуемыми, находящиеся на стационарном лечении Красноярского краевого госпиталя для ветеранов войн: мужчины и женщины в возрасте от 30 до 70 лет. Зачастую, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) развивается у людей, которые пережили в высшей степени психотравмирующее событие для них.

Симптомы посттравматического стрессового расстройства включают: проблемы, регулирующие чувства, которые могут закончиться мыслями о самоубийстве, вспышки гнева или пассивное энергичное поведение; тенденции разобщенности или деперсонализации; устойчивое чувство беспомощности, стыда или вины; и серьезное изменение в тех вещах, которые имеют огромное значение для людей, например, потеря духовной веры, постоянное чувство беспомощности или отчаяния (Никольская, 2015).

Изучение смысловых компонентов переживания травматического события, в частности при потере близких, друзей сегодня находятся в фокусе внимания психологов, однако закономерности трансформации смысловой сферы участников переживших стрессовые ситуации остаются недостаточно изученным направлением.

Особенности структуры ценностно-смысловой сферы личности разграничивают выбор стратегий совладания с психологической травмой, опосредованно влияют на процесс переосмысления и понимания ее значения для жизни, лежат в основе глубинных личностных трансформаций.

Смысл жизни отражает жизненную концепцию человека, осознанный и обобщенный принцип его жизни, его жизненную цель.

В концепции А. Н. Леонтьева такими смысловыми образованиями выступают личностные смыслы, которые создаются в результате отражения субъектом отношений, существующих между ним и тем, на что его действия направлены как на свой непосредственный результат (цель).

В экзистенциальной психологии и психотерапии проблема смысла и бессмысленности существования выступает на первый план. В рамках данной психологической парадигмы смысл рассматривается как детерминанта личностного развития, поведения и деятельности.

Ф. Е. Василюк в своей «психологии переживания» рассматривает смыслопорождение как внутреннюю деятельность, обеспечивающую перенесение жизненных событий и восстановление равновесия. Смысл, как целостная совокупность жизненных отношений, у Ф.Е. Василюка является своего рода продуктом мотивационно-ценностной системы личности и понимается как нечто внутреннее и субъективное.

Социальные аспекты развития личности, всего лишь поверхностно затрагиваемые З. Фрейдом, имели последующее развитие в работах его последователей. А. Адлер из всех концепций индивидуальной психологии выделяет концепцию «социального интереса»: жизненный путь личности, ее развитие и решение основных задач (работа, дружба, любовь) осуществляется в условиях конфликта между стремлением к власти, самоутверждению, доминированию, с одной стороны, и стремлением к общности, отношениям сотрудничества, т.е. в условиях выбора ценностных альтернатив (Адлер, 2011).

В результате вышесказанного, можно сделать вывод о том, что, во-первых, смысловая сфера - это сложное системное образование, в связи с чем, осуществляются попытки обозначить единицы анализа, представить ее в единстве.

На данных теоретических основаниях и методологических подходах сегодня базируется диагностика индивидуальных особенностей ценностных ориентаций и смысловой сферы личности.

Эмпирическое исследование состояло из следующих этапов:

- 1) Теоретическое исследование проблемы смысловой сферы людей.
- 2) Теоретическое исследование проблемы ПТСР, механизмы его возникновения, особенности протекания, методы лечения.
- 3) Проведение диагностики с целью выявления смысловой сферы и ценностных ориентаций у пациентов, страдающих ПТСР с помощью та-

ких методик, как Методика исследования системы жизненных смыслов В.Ю. Котлякова, Тест «Смыслоразнонаправленные ориентации» (методика СЖО) Д. А. Леонтьева.

4) Анализ полученных данных.

5) Проведение повторного диагностического тестирования с целью определения точных нарушений в смысловых ориентациях пациентов.

6) Формулирование выводов по проведенному исследованию.

Обратимся к результатам нашего исследования смысловой сферы людей с посттравматическим стрессовым расстройством, полученным после диагностики.

Из полученных данных по тесту смыслоразнонаправленные ориентации (методика СЖО), наблюдаем, что большинство испытуемых выбрали Субшкала 1, что означает цели в жизни.

Анализ полученных данных указывает на то, что людям с ПТСР в большей степени характерна важность самого процесса жизни и достижения собственных целей, поставленных задач, а также работа на результативность.

Перейдем к следующему методу исследования В. Ю. Котлякова «Система жизненных смыслов».

По Методике исследования системы жизненных смыслов В. Ю. Котлякова наблюдается общий показатель по данному опроснику равен 10 баллам, что говорит о преобладании экзистенциальных жизненных смыслов у пациентов с ПТСР.

Из полученных данных, свидетельствует вывод о том, что для большинства испытуемых важна статусность и социальная значимость в собственной жизни. В данных показателях говорится об игнорировании своей значимости, своих жизненных интересов, себя в целом. Важность помочь другим, игнорируя собственные интересы и ресурсы.

По всем показателям двух проведенных методов исследования после диагностики, мы увидели, что большинство пациентов с синдромом ПТСР переживают стрессовые ситуации и находятся в состоянии легкой депрессии. По результатам полученных данных методики СЖО видно, что людям с ПТСР в большей степени характерна важность самого процесса жизни и достижения собственных целей, поставленных задач, а также работа на результативность (преобладание собственных целей в жизни - Субшкала 1). Из результатов методики исследования системы жизненных смыслов В. Ю. Котлякова выделяется преобладание экзистенциальных жизненных смыслов у пациентов с ПТСР.

Таким образом, проведенная нами диагностика позволяет заметить, что испытуемые выбирают приоритетом цель и процесс в жизни (Субшкала 1) и (Субшкала 2). Что говорит о стремлении доказать своё предназначение обществу и своим близким окружающим.

Список литературы

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М.: Академический проект, 2011. 240 с.
2. Калмыкова Е. С., Миско Е. А., Тарабрина Н. В. Особенности психотерапии постравматического стресса // Психологический журнал. 2011. Т. 22, № 4. С. 70–80.
3. Никольская И. М., Грановская Р. М. Кризисная психологическая помощь и психология веры [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2015. № 1 (30). С. 4. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 10.09.2016).
4. Холмогорова А. Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: Медпрактика. М, 2011. 480 с.
5. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. СПб.: Питер, 2012. 256 с.
6. Javidi H., Yadollahie M. Post-traumatic Stress Disorder // Int. J. Occup. Environ. Med. 2012. Vol. 3, № 1. P. 2–9.

УДК 616.721.6:159.923

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ НЕВРОТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

М. А. Иванова, Н. В. Попенко

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

Аннотация. Статья посвящена изучению уровня невротизации личности пациентов с остеохондрозом позвоночника в теоретическом и эмпирическом аспектах. В работе исследуется уровень невротизации пациентов и его связь с половой принадлежностью. Приводится анализ полученных результатов.

Ключевые слова: остеохондроз позвоночника, пациенты, болезнь, уровень невротизации.

Остеохондроз (новолат. osteochondrosis: греч. osteon - кость + греч. chondros - хрящ + лат.osis) позвоночника – полифакторное дегенеративное заболевание позвоночно-двигательного сегмента, первично поражающее межпозвоночный диск, а вторично – другие отделы по-

звоночника, опорно-двигательного аппарата и нервную систему (Попелянский, 1983).

«На данный момент в мире от этой патологии страдает огромное количество человек – свыше 80% населения земного шара. В структуре неврологической заболеваемости пояснично-крестцовые радикулиты прочно удерживают первое место по количеству дней и случаев нетрудоспособности на 100 работающих – 32–161 день и 5–23 случая в год. С каждым годом показатели заболеваемости только увеличиваются» (Бывальцев, 2013).

В последнее время интенсивно изучаются психологические особенности больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника.

Так, Тюрина О.Г. с соавт. выявила, что «порог болевой чувствительности, особенности и интенсивность болевого синдрома напрямую зависят от особенностей личности и психического состояния пациента, таких как напряженность, тревожность, повышенная чувствительность к стрессовым воздействиям, склонность к пессимистической оценке перспективы, повышенное внимание к своим ощущениям, ригидность, склонность к фиксациям и ипохондрическая настроенность (Тюрина, 2003).

Также в работах Тюриной О.Г., Григорьевой В.Н. выявлено отрицательное влияние на эффективность реабилитации больных остеохондрозом тревожно-фобических расстройств (особенно страха боли), высокого уровня невротизации и психоэмоционального напряжения, низкой стрессоустойчивости, ипохондрической настроенности и неосознаваемой условной желательности заболевания.

«Большая часть выявленных особенностей описывалась и другими авторами при обследовании лиц с длительными болевыми синдромами.» (Осипова, 1999). Несмотря на большое число публикаций и многолетние многоаспектные исследования ряда научных коллективов и школ, проблемы остеохондроза позвоночника остаются актуальными.

Целью исследования явилось изучение уровня невротизации пациентов с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника в условиях стационара.

Задачи исследования:

- а) анализ научно-методической литературы по теме исследования;
- б) подбор диагностического инструментария для исследования качества жизни пациентов с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника;
- в) проведение диагностики с помощью методики, направленной на исследование качества жизни больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника.

Материалы и методы исследования:

Исследование было организовано и проведено на территории МБУЗ Городской клинической больницы скорой медицинской помощи №6 им. Н.С. Карповича г. Красноярска, в отделении нейрохирургии. В исследовании приняли участие пациенты с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника, находившиеся на стационарном лечении. Возраст больных колебался в пределах от 34 до 70 лет, в среднем, 50+/- 6 лет.

Критерии включения в выборку: основной диагноз – остеохондроз позвоночника.

Как известно, любая болезнь является для больного тяжелым физическим и психическим испытанием, ставит человека в психологически особые жизненные условия. Нередко, болезнь воспринимается человеком как трудная жизненная ситуация, которая непременно приводит к изменению психической деятельности больного. В соответствии с этим, критериями исключения из выборки явились:

- наличие тяжелых психических расстройств;
- ранний послеоперационный период;
- тяжелые осложнения в послеоперационном периоде.

Для исследования было отобрано 20 пациентов. По полу больные распределены следующим образом.

Таблица 1 – Распределение пациентов по возрасту и количественному составу

Пол	Количество	Средний возраст
Мужской	11 чел (55%)	45±4
Женский	9 чел (45%)	55±4

Для диагностики уровня невротизации была использована методика Л. И. Вассермана. Методика предназначена для диагностики уровня невротизации личности. Вопросы для определения уровня невротизации в данной методике имеют ориентировочный характер. При обработке данных подсчитывается количество положительных ответов. Чем больше полученный результат, тем выше уровень невротизации. Полученные результаты исследования уровня невротизации пациентов с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника по опроснику Л. И. Вассермана представлены на рисунке 1.

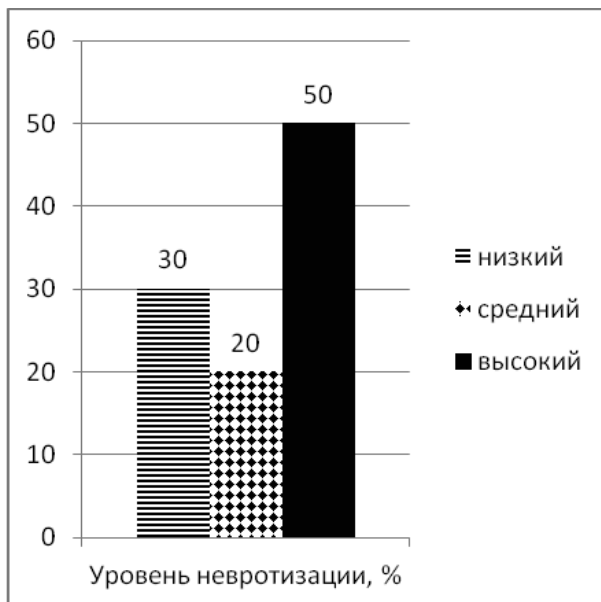


Рис. 1. Исследование уровня невротизации по методике «Диагностика уровня невротизации личности» Л. И. Вассермана

По результатам исследования уровня невротизации у 30% больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника выявлен низкий уровень невротизации, что свидетельствует об эмоциональной устойчивости; о положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм); об инициативности; о чувстве собственного достоинства; независимости, социальной смелости; о легкости в общении. У 50% испытуемых выявлен высокий уровень невротизации, что указывает на их выраженную эмоциональную возбудимость, в результате чего появляются негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность); на безынициативность, которая формирует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний; на трудности в общении; на социальную робость и зависимость.

Кроме того, результаты исследования указывают на связь уровня невротизации пациентов с половой принадлежностью обследуемого.

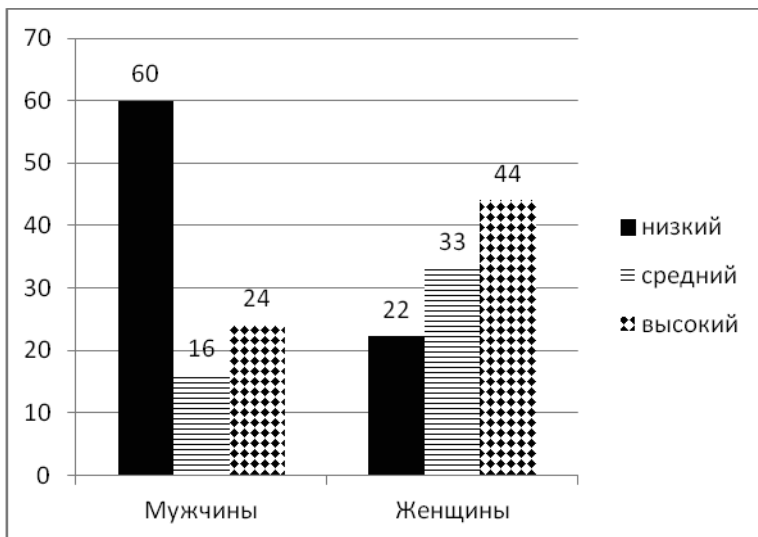


Рис. 2. Сравнительная характеристика уровня невротизации мужчин и женщин с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника

У мужчин выявлен преимущественно низкий уровень невротизации (60%), что свидетельствует об их эмоциональной устойчивости; о положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм); об инициативности; о чувстве собственного достоинства; независимости, социальной смелости; о легкости в общении. У женщин отмечаются средний (33%) и высокий (44%) уровни невротизации. Это указывает на то, что для женщин больше характерны эмоциональная возбудимость, в результате которой появляются негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность); безынициативность, которая формирует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний; трудности в общении; социальная робость и зависимость.

Таким образом, по результатам исследования уровня невротизации у подавляющего большинства исследуемых выявлен высокий уровень невротизации, что указывает на их выраженную эмоциональную возбудимость, в результате чего появляются негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность).

Кроме того, результаты исследования указывают на связь уровня невротизации пациентов с половой принадлежностью обследуемого. Так, у мужчин был выявлен преимущественно низкий уровень невротизации, у женщин отмечаются средний и высокий уровни невротизации. Упомяну-

тое обстоятельство связано, по-видимому, с развитием адаптации больного к своему заболеванию, повышенными требованиями у лиц женского пола, их эмоциональными особенностями, усиливающимися в процессе развития заболевания.

Список литературы

1. Применение шкал и анкет в обследовании пациентов с дегенеративным поражением поясничного отдела позвоночника / В. А. Бывальцев, Е. Г. Белых, Н. В. Алексеева, В. А. Сороковиков. Иркутск : ФГБУ «НЦРВХ» СО РАМН, 2013. 32 с.
2. Осипова В. В. Болевые синдромы в неврологической практике. М., 1999. 105 с.
3. Попелянский Я. Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Йошкар-Ола, 1983. 359 с.
4. Тюрина О. Г. Психологические особенности больных остеохондрозом позвоночника с длительным болевым синдромом // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 2003. №1. С. 49–52.

УДК 159.9:61

КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА В СТРУКТУРЕ ВЫУЧЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ УЧАЩИХСЯ МЛАДШИХ КЛАССОВ

М. О. Калинин, О. В. Волкова

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

Аннотация. Целью работы являлась разработка и апробация коррекционной программы, направленной на коррекцию эмоциональной сферы младших школьников в структуре выученной беспомощности. Успешность ребенка зависит не столько от уровня базового интеллектуального потенциала, сколько от личной мотивации, от волевого устремления, от желания познать мир. Для ребенка важно чувствовать поддержку, если он потерпит неудачу, важно знать и понимать, что его примут, несмотря на то, что он допустил ошибку, важно чувствовать защиту и безопасность. Однако система образования строится в основном на демонстративном порицании, при отсутствии поддержки. Отсутствие поддержки дома, добавляет ребенку неуверенности в себе, формирует в нем нежелание стараться, ведь его труды напрасны, создает негативные установки. Ребенок учится избегать неудач, он не мотивирован на успех. Данная ситуация прослеживается в большинстве классов и семей. Все это может и во мно-

гих случаях формирует синдром выученной беспомощности. Разработанная нами программа, после своей успешной реализации показала свою эффективность. Во всех компонентах, входящих в структуру выученной беспомощности наблюдались положительные сдвиги.

Ключевые слова: выученная беспомощность, эмоциональная сфера, волевая, когнитивная, эмоциональная, мотивационная составляющая, младший школьный возраст.

Актуальность. Уверенность в своих силах, в собственных возможностях присуща не всем, однако, для того, чтобы начать какую-либо деятельность, человеку нужна надежда и ориентированность на благополучный исход. Особенно это важно для детей, которые только начинают формировать собственное отношение к себе, слушая то, что говорят им родители и окружающие. «Возможность быть успешным в процессе освоения и познания действительности, перспективы самореализации и жизненного самоосуществления зависят не столько от уровня базового интеллектуального потенциала, сколько от личностных особенностей человека, сочетающих в себе мотивацию к преобразованию окружающей действительности, достаточный уровень волевого устремления, ориентированного на борьбу с трудностями, активную жизненную позицию, сопряженную с непрекращающимся саморазвитием и самовоспитанием. Основы такого активного познавательного и деятельного подхода к формированию собственной бытийности закладываются в семье, формируются под влиянием непосредственного окружения» – Волкова О.В.(2009).

Каждому ребенку в определенном возрасте присуще желание делать что-то самостоятельно, но безусловно это не будет выглядеть филигранно, так как он только в начале пути к своей самостоятельности и сформировавшимся навыкам. Глядя на неуклюжие попытки, взрослые, вместо того чтобы помочь, показать, как надо, пресекают самостоятельные действия. Давая по рукам, они отбирают возможность получать удовольствие от сознания чего-то своего, от процесса саморазвития, не говоря о том, что родители лишают детей всяческого опыта, как отрицательного, так и положительного. И постепенно в сознании ребенка формируется установка: не стоит напрягаться, чтобы лишний раз услышать, что делаешь все не так, как надо (Лукиянова, 2010). Таким образом, неконтролируемость последствий деятельности формирует у ребенка пессимизм, пассивность, устойчивое нежелание преодолевать трудности, стремление переложить ответственность за последствия любой активности, ибо как бы ребенок

не старался, для родителей и остальных окружающих он делает плохо. Решающим фактором в механизме возникновения выученной беспомощности являются непреодолимое чувство неконтролируемости событий. И после того как к 6 – 7 годам ребенок научится ничего не делать, он отправится в школу, где надо учиться добывать знания, прикладывать силы для понимания учебного материала, где преподаватель будет требовать от него желания учиться. Несмотря на то, что общая готовность учиться практически одинакова у всех детей, реальная готовность к обучению достаточно различна. И если в 6 – 7 лет речь идет лишь о предпосылках к формированию синдрома выученной беспомощности, то к 8 – 9 годам можно говорить о сформировавшемся синдроме (Солнцев, 2011).

Сам феномен беспомощности был известен достаточно давно. В западной психологии этот термин встречается в работах Зигмунд Фрейд. В России предпосылки к возникновению представлений о выученной беспомощности можно увидеть в работах российского физиолога Ивана Петровича Павлова. Однако концепция этого феномена было предложена в начале 70-х годов американским психофизиологом Мартином Селигманом. Мартин Селигман, проводя эксперименты над собаками, сочетал наказание с безвыходностью (Солнцев, 2011; Волкова, 2013).

Благодаря этому эксперименту ученые сделали вывод о том, что пассивность, которую проявляли животные – это ничто иное как беспомощность, которая сформировалась в результате того, что животные не соотносили свои действия и усилия с результатами их действий. После многократных попыток у собак сформировались ожидание неудачи и безрезультатность усилий по преодолению неприятного внешнего воздействия. Затем многочисленные исследования выявили существование этого феномена и у людей.

Два важных факта состояли в том, что у людей существует уже установленный на животных механизм возникновения беспомощности, и что беспомощность легко переносится на другие ситуации.

В работах Кэрол Двек, профессора Стэндфордского университета, имеется описание результатов исследований, которые демонстрировали, что некоторые дети имеют четкую установку на то, что неудача в деятельности является результатом того, что они не имеют возможности контролировать ситуацию и что-либо изменить. К. Двек была разработана исследовательская программа, по итогам которой можно было судить о восприимчивости детьми собственных неудач.

Эксперимент состоял из двух этапов. На первом этапе учащимся 5–6-х классов был предложен тест, содержащий вопросы более высоко-

го уровня сложности, чем школьная программа для данной возрастной группы. В результате реагирование детей на сложность заданий и качество их выполнения можно было разделить на две категории: те, кто, несмотря на сложность вопросов, пытались найти верный ответ, и те, кто, предприняв несколько попыток понять суть задания и осознав повышенный уровень его сложности, отвечали наугад или бросали задание. Первый тип реагирования был условно обозначен как «ориентировка на преодоление», второй – «выученная беспомощность». Соотношение результатов теста были представлены следующими показателями: 71.9% правильных ответов на вопросы теста в группе первого типа реагирования, и 34.6% – в группе второго типа. На втором этапе исследования детям был предложен тест, соответствующий уровню освоенной ими школьной программы. Однако результаты тестирования практически не изменились. Дети, проявившие беспомощность при выполнении сложного теста, повторили уже выученный тип реагирования во вполне преодолимой ситуации и показали неудовлетворительные результаты теста (Волкова, 2013).

В исследованиях Д. А. Циринг изучается структура личностной беспомощности, в которой выделяется четыре компонента: волевой, эмоциональный, когнитивный и мотивационный (Веденев, 2009).

Можно предположить, что структура личностной беспомощности не является устойчивой на протяжении различных периодов онтогенеза и изменяется в соответствии с возрастными особенностями психического развития человека. Очевидно, что в младшем школьном возрасте ведущим структурным компонентом личностной беспомощности будет эмоциональный, поскольку на этом этапе онтогенеза эмоциональная сфера является наиболее развитой, наиболее сформированной.

Четырехкомпонентная структура личностной беспомощности, предложенная Д.А. Циринг, включает в себя волевую, эмоциональную, когнитивную и мотивационную составляющие, а проблемы в одной из этих составляющих уже говорит о наличии синдрома выученной беспомощности. Как правило для коррекции данного синдрома воздействуют на волевую сферу детей, но у младшего школьника по-прежнему сильна и эмоциональная сфера, поэтому основная задача нашей работы связана именно с ней (Циринг, 2005).

В младшем школьном возрасте закладывается фундамент, как для нравственного поведения, так и для усвоения моральных норм. В этом возрасте формируется общественная направленность личности. И конечно это основа для всего дальнейшего развития ребенка.

В процессе обучения изменяется содержание чувств младшего школьника, происходит их дальнейшее развитие в плане все большей осознанности, сдержанности, устойчивости. Однако большие изменения претерпевает их оценка, как самим ребенком, так и окружающими его людьми. Проиллюстрировать это можно следующим примером. В школе мальчик А. не сдерживает проявления агрессии, может залезть под парту или стучать по ней кулаками, в то время как учитель пытается его успокоить, называя его действия «психами». В результате данная оценка учителя привела к тому, что одноклассники стали называть его «психом», а затем и он стал приписывать себе эту «характеристику».

С приходом ребенка в школу его чувства и эмоции начинают определять не столько игра и общение с детьми в процессе игровой деятельности, сколько процесс и результат его учебной деятельности, та потребность, которую он в ней удовлетворяет, и в первую очередь оценка учителем его успехов и неудач, выставленная отметка и связанное с ней отношение окружающих. Хорошо, когда этот процесс протекает для ребенка максимально безболезненно, однако условия в современных школах таковы, что эмоциональной травматизации не избежать (Матюхина, 2007).

Иногда встречаются дети с безразличным отношением к учёбе, когда оценка не вызывает переживаний, что не способствует формированию положительной мотивации учения. Это в свою очередь так же негативно, как и излишне эмоциональное восприятие, когда для ребенка неудача в учебе является трагедией и очень сильно влияет на его эмоциональный фон.

Развитие эмоциональной сферы в младшем школьном возрасте происходит в тесной связи с волей: часто они одерживают верх над волевым поведением и сами становятся мотивом поведения. В одних случаях чувства способствуют развитию воли, в других — тормозят ее. Общая ориентация эмоциональной сферы младшего школьника связана с нарастанием осознанности, сдержанности, устойчивости чувств и действий и имеет свои специфические особенности. С поступлением в школу дети постепенно учатся сопереживать и понимать чувства других. Основная же проблема, которую достаточно легко увидеть, это как раз отсутствие сдержанности, когда школьник даже не предпринимает попыток не демонстрировать свой гнев, а также противоположная этому проблема, которая заключается в отсутствие поисковой активности, отсутствие мотивации. Последняя же проблема в свою очередь является основой выученной беспомощности (Давыдов, 2002).

Таким образом, целью данной работы является разработка и апробация коррекционной программы, направленной на коррекцию эмоци-

ональной сферы младших школьников. Для реализации поставленных задач был использован комплекс методов: теоретические методы (теоретико-методологический анализ, абстрагирование и конкретизация, обобщение и интерпретация научных данных); психодиагностические методы: наблюдение, беседа, опрос, анализ продуктов деятельности, эксперимент(констатирующий); методы количественного и качественного анализа, статистические методы.

Для исследования выученной беспомощности у младших школьников был подготовлен и проведен комплекс диагностических методик. Все диагностические методики отвечают логике и целям нашего исследования, подобраны с учетом возраста исследуемых и позволяют в совокупности выявить синдром выученной беспомощности.

В исследовании приняли участие учащиеся вторых классов в количестве 42 человека, из них 19 мальчиков и 23 девочки. Исследование проходило в три этапа. Первый этап исследования проведен с целью выявления синдрома выученной беспомощности у испытуемых. Исходя из результатов диагностики, определены контрольная и экспериментальная группы. Второй этап состоял из разработки и проведения коррекционной программы, направленной эмоциональную сферу детей младшего школьного возраста. Третий этап исследования заключался в проведении повторной диагностики и оценки эффективности программы.

Первый этап исследования показал, что почти у всех детей нарушен хотя бы один из компонентов выученной беспомощности, а именно 81% детей имеют данный синдром, 19% детей данного синдрома не имеют. Коррекционная работа проводилась с детьми, имеющими затруднения в одной из составляющих синдрома выученной беспомощности, для этого дети были разделены на контрольную и экспериментальную группу. Коррекционную направленность данной программы обеспечивает подбор упражнений и игр, направленных на снижение тревоги, агрессии, развитие эмпатии, повышение самооценки, преодоление страхов, снятие эмоционального и физического напряжения.

После окончания коррекционных мероприятий была поведена повторная диагностика, которая показала положительные изменения среди экспериментальной группы. У 41% изменений не выявлено, у 59% отсутствуют признаки синдрома выученной беспомощности.

Таким образом, исходя из анализа теоретических и экспериментальных результатов проводимого исследования с помощью математического анализа, можно сделать вывод о том, что специально разработанная программа психологической коррекции, направленная на преодоление син-

дрома выученной беспомощности по средствам воздействия на эмоциональную составляющую, является эффективной.

Список литературы

1. Веденева Е. В. Взаимосвязь мотивационного компонента личностной беспомощности и ведущей деятельности на разных возрастных этапах // Вестник Томского государственного университета. 2009. № 3. С. 186–189.
2. Волкова О. В. Психолого-педагогическая коррекция волевого развития старших дошкольников с ослабленным здоровьем как фактор, превентирующий развитие выученной беспомощности // Психология обучения. 2013. № 1. С. 44–61.
3. Волкова О. В. The connection of learned helplessness, will-power development and somatic health of pre-scholars: the core and ways of problem solving // Современные исследования социальных проблем. 2013. № 8. С. 135–141.
4. Волкова О. В. Теоретико-методологический анализ исследований выученной беспомощности: актуальность психосоматического подхода // Сибирское медицинское обозрение. 2013. № 4. С. 39–43.
5. Волкова О. В. Компоненты и механизмы формирования выученной беспомощности у детей с ослабленным здоровьем: онтогенетический подход // Сибирское медицинское обозрение. 2014. № 4. С. 86–91.
6. Волкова О. В. Развитие волевой регуляции личности, как механизм коррекции выученной беспомощности // Психология обучения. 2014. № 6. С. 29–43.
7. Волкова О. В. Интегративный подход к изучению выученной беспомощности детей // Сибирский психологический журнал (Томск). 2014. № 54. С. 126–145.
8. Волкова О. В. Методологические принципы медико-психолого-педагогической коррекции выученной беспомощности детей с ослабленным здоровьем // Психология обучения. 2015. № 7. С. 121–132.
9. Волкова О. В. Перспективы применения комплексной модели исследования в разработке программы, направленной на диагностику, коррекцию и профилактику выученной беспомощности в онтогенезе // Сибирский психологический журнал (Томск). 2016. № 61. С. 47–63.
10. Давыдов В. В., Слободчиков В. И., Цукерман Г. А. Младший школьник как субъект учебной деятельности // Вопросы психологии. 2002. № 3-4. С. 14–19.
11. Ильин Е. П. Работа и личность : трудоголизм, перфекционизм, лень. СПб. : Питер, 2011. 224 с.
12. Возрастная и педагогическая психология / М. В. Матюхина, Т. С. Михальчик, Н. Ф. Прокина [и др.]. М., 2007.
13. Ромек В. Г. Теория выученной беспомощности Мартина Селегмана // Журнал практического психолога. 2000. № 3-4. С. 218–232.
14. Солнцева Н. В. Феномен выученной беспомощности: причины формирования и пути преодоления // Материалы научно-практической заочной конференции «Интегративный подход к психологии человека и социальному взаимодействию людей». М.: НИИРРР, 2011. С. 174–180.
15. Циринг Д. А. Психология выученной беспомощности. М.: Академия, 2005. 180 с.
16. Циринг Д. А. Структура личностной беспомощности у детей и подростков // Вестник ЮУрГУ. 2005. № 14. С. 176–179.

ТРЕНИНГ КАК СПОСОБ КОРРЕКЦИИ САМООЦЕНКИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Т. С. Кирпель, О.В. Волкова

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

Аннотация: В данной статье рассмотрены проблемы формирования адекватной самооценки у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста. Целью данной работы является изучение специфики коррекционной программы, направленной на формирование адекватной самооценки у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.

Выявлено, что у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста преобладает заниженная самооценка по сравнению со здоровыми сверстниками. Разработана и апробирована коррекционная программа, направленная на формирование адекватной самооценки у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста. Показана эффективность коррекционных занятий, направленных на повышение уровня самооценки детей старшего дошкольного возраста. Полученные результаты исследования и разработанная тренинговая программа могут быть использованы в практической деятельности воспитателя дошкольного образовательного учреждения в работе с детьми, а также в воспитательной деятельности родителей.

Ключевые слова: самооценка, часто болеющие дети, дети старшего дошкольного возраста, коррекционная программа.

Актуальность. Изучение психологических и психических особенностей соматически больных детей остается одним из актуальных направлений отечественной психологии, оно связано с отсутствием положительной динамики в вопросах улучшения здоровья детей. Уже к 2004 году государственные статистические данные показывали снижение числа абсолютно здоровых детей до 10% с увеличением количества часто и длительно болеющих до 70-75% и имеющих хронические заболевания до 15-20% (Альбицкий, Баранов, 2003). Сведений, касающихся психолого-педагогических вопросов, крайне мало, несмотря на то, что в медицинской литературе указывается на недостаточную эффективность традиционных оздоровительных

и общеукрепляющих мероприятий и ставится вопрос о необходимости профессиональной психологической помощи этой категории детей (В.К. Таточенко, В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов и др.). Такая необходимость связана, по мнению медиков, с наличием в анамнезе у большинства часто болеющих детей упоминания об острых и хронических психотравмирующих ситуациях. Возраст часто болеющих детей, охваченных современными исследованиями, ограничен дошкольным детством (Г.А. Арина, Н.А. Коваленко, А.А. Михеева). Отчасти это обусловлено тем, что часто болеющие дети считаются возрастным феноменом: к 8-9 годам их количество резко сокращается (Н.В. Михайлова, А.А. Михеева и др.). Но происходит это не потому, что дети перестают болеть, а потому, что к этому возрасту они приобретают одно или несколько хронических заболеваний и переходят в другую нозологическую категорию.

Именно в старшем дошкольном возрасте развивается сложный компонент самосознания – самооценка (Дуткевич, 2012). Относясь к ядру личности, самооценка является важным регулятором ее поведения. От самооценки зависят взаимоотношения человека с окружающими, его критичность, требовательность к себе, отношение к успехам и неудачам. Тем самым самооценка влияет на эффективность деятельности человека и дальнейшее развитие его личности (Головин, 1998).

В психологической литературе, как в отечественной, так и зарубежной самооценке уделено большое внимание. Проблема развития самооценки, структуры, функций, обсуждаются в работах Л.И.Божович, И.С.Кона, М.И.Лисиной, А.И.Липкиной, Э. Эриксона, К.Роджерса и других психологов. Закономерности формирования самооценки в детском возрасте были исследованы Белобрыкиной О.А., Божович Л.И., Горбачевой В.А., Захаровой А.В., Липкиной А.И., Лисиной М.И., Мухиной В.С., Савонько Е.И., Уманец Л.И. и другие. Вместе с тем, особенности проявлений самооценки в старшем дошкольном возрасте изучены еще не достаточно. Изучение данного вопроса на практике показало, что данной проблеме уделяется недостаточное внимание, воспитатели и родители не всегда знают особенности самооценки часто болеющих детей дошкольного возраста, что может в конечном итоге отразиться на развитии ребёнка. В.А. Ковалевский, О.В. Груздева выявили, что у часто болеющих детей среднего и старшего дошкольного возраста преобладает заниженная самооценка по сравнению со здоровыми сверстниками и во многом она зависит от типа семейного воспитания. При этом выявлено общее неустойчивое эмоционально-

ценностное отношение детей к себе. При оценивании себя у больного ребенка преобладает позиция «малоценности», ущербности, отношение к себе непосредственно – чувственное. Поэтому в это время важно сформировать общую положительную, адекватную самооценку дошкольника, обеспечив условия для нормального развития и принятия себя (Ковалевский, Груздева, 2009).

Часто болеющие дети – это группа детей диспансерного наблюдения с частыми респираторными заболеваниями и/или обострениями хронических заболеваний дыхательных путей. Во всех исследованиях подчеркивается качественно иной характер психического развития соматически больных детей, а также необходимость адаптации медицинского и психолого-педагогического процесса к разным категориям больных детей. Анализ факторов и условий психического развития современных детей показывает, что внешний, социальный фактор является наиболее значимым в возникновении прогрессировании заболеваний. Так, состояние здравоохранения лишь в 10% случаев является причиной роста числа заболеваний, а наследственность – в 15% случаев, состояние окружающей среды определяет 25% из них, неблагоприятное же влияние условий и образа жизни является причиной 50% заболеваний. Отмечено также, что зачастую процесс обучения и воспитания происходит без учета индивидуальных особенностей детей. Это приводит к различным стрессовым ситуациям, обостряет противоречия между генетико-биологическими задатками и способствует росту заболеваемости детей (Муравьева, 1999). Учитывая данные исследования, реабилитацию соматически больных детей необходимо осуществлять посредством воздействия и на социальную ситуацию развития ребенка.

Постановка проблемы. Вместе с тем, особенности проявлений самооценки в старшем дошкольном возрасте изучены еще не достаточно. Изучение данного вопроса на практике показало, что данной проблеме уделяется недостаточное внимание, воспитатели и родители не всегда знают особенности самооценки часто болеющих детей дошкольного возраста, что может в конечном итоге отразиться на развитии ребёнка. В.А. Ковалевский, О.В. Груздева выявили, что у часто болеющих детей среднего и старшего дошкольного возраста преобладает заниженная самооценка по сравнению со здоровыми сверстниками и во многом она зависит от типа семейного воспитания. При этом выявлено общее неустойчивое эмоционально-ценностное отношение детей к себе. При оценивании себя у больного ребенка преобладает позиция «малоцен-

ности», ущербности, отношение к себе непосредственно – чувственное.

Поэтому в это время важно сформировать общую положительную, адекватную самооценку дошкольника, обеспечив условия для нормального развития и принятия себя.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели был использован комплекс методов: теоретические методы (анализ теоретических источников, методы абстрагирования и конкретизации, обобщение и интерпретация научных данных); эмпирические методы (наблюдение, беседа, опрос, тестирование, анализ продуктов деятельности, методы количественного и качественного анализов, статистические методы). В работе использовались следующие методики: методика «Лесенка», Т. Д. Марциновская; методика «Какой я?», Р. С. Немов; методика «Рисую себя», О. А. Белобрыкина.

Результаты и их обсуждение. Анализ теоретического материала по данной теме позволил сформулировать следующую гипотезу: у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста преобладает заниженная самооценка по сравнению со здоровыми сверстниками; специально разработанная программа, направленная на формирование адекватной самооценки у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста, является эффективной и оказывает влияние на формирование адекватной самооценки детей старшего дошкольного возраста.

В исследовании приняли участие дети 6 лет в количестве 40 человек из них 16 мальчиков и 24 девочек. Исследование проходило в три этапа. Первый этап исследования проведен с целью диагностики уровня самооценки испытуемых. Исходя из результатов диагностики, определены контрольная и экспериментальная группы. Второй этап состоял из разработки и проведения коррекционной программы, направленной на формирование адекватной самооценки у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста. Третий этап исследования заключался в проведении повторной диагностики и оценки эффективности программы.

Проанализировав все проведенные методики, только у 25 % испытуемых была выявлена адекватная этому возрасту – завышенная самооценка, 35 % имели низкую самооценку, 40 % – среднюю. Таким образом, у исследуемых детей преобладает средний и низкий уровень самооценки, что подтверждает нашу гипотезу.

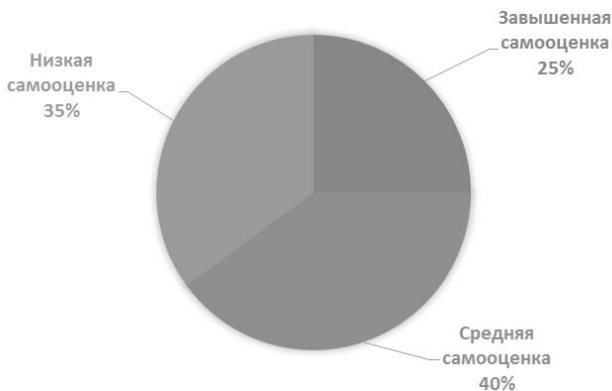


Рис. 1. Показатели уровня самооценки по всем методикам

При содержательном анализе полученных рисунков, необходимо отметить следующее. На рисунках детей с высоким уровнем самооценки фигуры были хорошо прорисованы, пропорциональны, отличались большим размером и располагались в верхней части листа. В целом рисунки выполнены в соответствии с нормами психического развития детей данного возраста. Хорошо прорисованные плечи и шея. На лице хорошо прорисованы глаза, рот, нос, уши. На рисунках детей со средним уровнем самооценки не всегда были хорошо прорисованы детали, не всегда соблюдалась пропорциональность, фигуры имели средний размер. В целом рисунки выполнены в соответствии с нормами психического развития детей данного возраста. Размер головы средний, лицо повернуто чаще всего, влево. На лице недостаточно хорошо прорисованы глаза, рот, нос, уши. На рисунках детей с низким уровнем самооценки плохо прорисовано лицо, голова и конечности непропорциональны размеру туловища, фигуры отличались маленькими размерами, как правило, располагались в нижней части листа. В целом рисунки выполнены не в соответствии с нормами психического развития детей данного возраста.

На основе результатов исследования первичной диагностики были выделены 30 часто болеющих детей со средней и низкой самооценкой. Выборка разделена на контрольную и экспериментальную группы. Объем экспериментальной группы – 15 детей, объем контрольной группы так же 15 детей.

На втором этапе реализовывалась разработанная программа тренинговых мероприятий, направленных на формирование адекватной само-

оценки детей старшего дошкольного возраста. Тренинговая программа состояла из 12 занятий по 30-40 минут.

Занятия проводились с детьми экспериментальной группы, чьи результаты по методикам показали средний и заниженный уровни самооценки. Коррекционно-развивающую направленность данной программы обеспечивает подбор игр и упражнений, направленных на повышение самооценки и уверенности в себе, формирование позитивного отношения к сверстникам, расширение и обогащение навыков общения, снятие эмоционального и физического напряжения.

После окончания коррекционных мероприятий была проведена повторная диагностика. Результаты повторной диагностики среди экспериментальной группы показали качественное изменение уровня самооценки у 47 % участников, у 53 % – изменений не выявлено. У 40 % наблюдалась завышенная самооценка, у 47% – средний уровень самооценки, у 13% – низкий уровень самооценки.

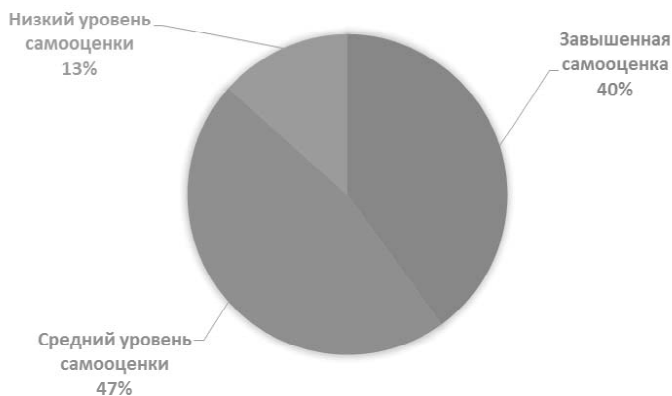


Рис. 2. Результаты повторной диагностики в экспериментальной группе

Для подтверждения эффективности коррекционной программы, была произведена математическая обработка данных, использовался U-критерий Манна-Уитни. Результаты повторной диагностики и сравнительного анализа показали, что у испытуемых экспериментальной группы показатели уровня самооценки имеют различия с показателями контрольной группы. Результат: $U_{Эмп} = 51$.

Выводы. Таким образом, исходя из анализа теоретических и экспериментальных результатов проводимого исследования с помощью математического анализа, можно сделать вывод о том, что специально разрабо-

танная программа психологической коррекции направленная на формирование адекватной самооценки у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста является эффективной.

Коррекционная программа направленная на формирование адекватной самооценки у детей старшего дошкольного возраста должна носить не узконаправленный, а общий, личностно-ориентированный характер, быть сконцентрированной на тех факторах и характеристиках развития, которые в данном возрасте могут стать прямой или косвенной причиной низкой самооценки, с ориентацией на ее возрастные особенности и индивидуальные «зоны уязвимости» для каждого ребенка.

Полученные данные могут явиться основой для дальнейших исследований по данной проблеме. Позволяют сделать вывод о том, что применение целенаправленных коррекционных занятий будет способствовать повышению уровня самооценки детей старшего дошкольного возраста.

Список литературы

1. Альбицкий В. Ю., Баранов А. А. Часто болеющие дети: клиничко-социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов, 2003. 183 с.
2. Волкова О. В. Теоретико-методологический анализ исследований выученной беспомощности: актуальность психосоматического подхода // Сибирское медицинское обозрение. 2013. № 4. С. 39–43.
3. Волкова О. В. Компоненты и механизмы формирования выученной беспомощности у детей с ослабленным здоровьем: онтогенетический подход // Сибирское медицинское обозрение. 2014. № 4. С. 86–91.
4. Волкова О. В. Интегративный подход к изучению выученной беспомощности детей // Сибирский психологический журнал (Томск). 2014. № 54. С. 126–145.
5. Волкова О. В. Методологические принципы медико-психолого-педагогической коррекции выученной беспомощности детей с ослабленным здоровьем // Психология обучения. 2015. № 7. С. 121–132.
6. Волкова О. В. Перспективы применения комплексной модели исследования в разработке программы, направленной на диагностику, коррекцию и профилактику выученной беспомощности в онтогенезе // Сибирский психологический журнал (Томск). 2016. № 61. С. 47–63.
7. Volkova O. V. The connection of methodological ideas in Positive Psychology (the USA) and Cultural-historical approach (Russia) in studying the Learnt Helplessness of Children having weak health [Electronic resource] // Journal of Psychology & Psychotherapy. International Conference on Positive Psychology June 13-14, 2016 Philadelphia, Pennsylvania, USA. URL: <http://www.omicsonline.org/proceedings/the-connection-of-methodological-ideas-in-positive-psychology-the-usa-and-cultural-historical-approach-russia-in-studying-44555.html>.
8. Дуткевич Т. В. Детская психология. Киев: Центр учебной литературы, 2012. 424 с.
9. Ковалевский В. А., Груздева О. В. Соматически больной ребенок дошкольного

возраста: специфика социально-психологического развития [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. Электрон. журн. 2009. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 20.09.2016).

10. Ковалевский В. А., Урываев В. А. Психология ребенка – пациента соматической клиники. Практикум. Красноярск-Ярославль, 2006. 87 с.

11. Муравьева В. Н. Проблемы здоровья детей России // Здоровый ребенок – в здоровом социуме. М. ; Ставрополь, 1999. 320 с.

УДК 159.9.07

МОТИВАЦИОННЫЙ ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ ВЫУЧЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

К. В. Ковалева

Красноярский государственный медицинский университет им. проф.

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

Аннотация: Особенности исторического развития нашей страны и её общественного уклада серьёзно повлияли на менталитет нации, создав благоприятные условия для возникновения беспомощности у людей, главными из которых являются непредсказуемость и неконтролируемость событий.

В старшем дошкольном возрасте закладывается огромная база для дальнейшего развития ребенка, именно в этот возрастной период идет закладывание основ к формированию волевой, мотивационной, эмоциональной и когнитивной сфер, что особо значимо в рамках изучения выученной беспомощности.

Ключевые слова: выученная беспомощность, волевая, эмоциональная, когнитивная сферы.

Выученная беспомощность – это психологическое состояние, которое включает нарушения непосредственно в мотивацию личности. Мотивационный дефицит проявляется в неспособности действовать, активно вмешиваясь в ситуацию. Многие отечественные психологи (В.Г. Асеев, В.Н. Мясищев, Б.Ф. Ломов, А.Н. Леонтьев и др.) считают, что мотивация как движущая сила человеческого поведения занимает ведущее место в структуре личности, пронизывая её основные структурные образования. Поэтому именно изучение мотивационного компонента в структуре выученной беспомощности представляется важным.

Цель работы заключается в изучении возможности коррекции выученной беспомощности старших дошкольников, посредством мотивационного тренинга.

Объект исследования: выученная беспомощность

Предмет исследования: возможности коррекции выученной беспомощности у детей старшего дошкольного возраста, посредством мотивационного тренинга.

Гипотеза: специально организованная программа мотивационного тренинга позволит корректировать показатель выученной беспомощности у детей старшего дошкольного возраста.

Исходя из цели и гипотезы исследования, предстояло решение следующих задач:

1. Проанализировать психологическую и педагогическую отечественную и зарубежную литературу по проблеме исследования;
2. Экспериментально проверить развитие мотивационной сферы и наличия выученной беспомощности старших дошкольников;
3. Разработать и апробировать программу мотивационного тренинга;
4. Выявить эффективность программы.

Методы исследования: теоретический анализ психолого-педагогической литературы, эмпирические методы: наблюдение, тестирование с помощью методик, качественный и количественный анализ.

Методики исследования: методика изучения произвольности поведения и внимания у детей Г.А. Урунтаевой; методики «Домик», «Да и нет», «Сапожки» Н.И. Гуткиной, методика «Изучение волевых проявлений» (Г.А. Урунтаева).

База исследования: Исследование проводилось на базе МБДОУ «Детский сад № 257». В исследовании приняли участие 30 детей старшего дошкольного возраста.

Анализ уровня развития мотивов деятельности дошкольников: результаты исследования доминирующего мотива в сфере дошкольников показали, что познавательный мотив был ведущим в данном эксперименте у 18 детей. У 12 детей ведущим был игровой мотив. Для чистоты эксперимента были выбраны равнозначные стороны: новые игрушки; новая книга с красочными картинками и увлекательными сказками.

Отмечается изобретательность детей в придумывании вариантов – задержать игрушки в группе, чтобы потом после чтения увлекательных историй хорошо рассмотреть игрушки и поиграть, если разрешат. Борьба мотивов наблюдалась у 9 детей из 18, это выражалось в отдельных мимических реакциях на лице, но, тем не менее, дети выбирали чтение сказки.

Кроме того, следующее, что хотелось отметить в данном эксперименте, что борьба мотивов в основном наблюдалась только у мальчиков. Таким образом, у детей в группе доминирует познавательный мотив, что соответствует готовности к школе в данной сфере. Лишь у 40 % детей доминирует игровой мотив.

Дети с игровым мотивом не задумываясь выбирали игру.

Результаты исследования по методике «Домик»: дети рисуют правой рукой, работают с образцом по-разному:

- 16 детей (53 %) сначала проводят воздушные линии над рисунком образом, повторяя контуры картинки;

- 5 детей (17 %) сверяют сделанное с образцом;

- 9 детей (30 %) рисуют в основном по памяти, мельком бросая взгляд на рисунок.

Темп рисования у детей разный:

- 19 детей (63 %) рисуют быстро;

- остальные 11 детей (37 %) медленно.

Дети так были заняты выполнением задания, что не отвлекались даже на посторонние шумы. 16 детей (53 %) во время рисования задавали вопросы, уточняли выполнение тех или иных деталей. По окончании работы никто из детей не сверился с образцом, а постарались быстро отдать выполненную работу. Ошибки в выполнении задания были в целом типичные:

- прорисовка прописных букв;

- количество линий забора и дыма;

- основные детали выполнены (стены, окно, труба, крыша).

Анализ уровня развития действия по правилу по методике «Да и нет»: в эксперименте использовались вопросы двух групп: простые и сложные.

Простые предполагали ответы, придерживаясь, правил игры типа «любишь ли ты гулять?»- дети могли обнаружить третий вариант ответа, на пример когда - как, иногда, всегда и т.д. Сложные вопросы, на которые ответ только «да» или «нет», типа – ночью ты спишь? С первой группой вопросов дети справлялись, не задумываясь, без обдумывания. Ответы были многосложные: «я люблю гулять в хорошую погоду, а в плохую сижу дома», - или «люблю гулять». Со второй группой вопросов было намного трудней. И здесь дети были изобретательны: одни долго обдумывали ответ, другие лихорадочно подыскивали слова для ответа, третьи или кивали головой, или давали «мычащий» ответ.

Таким образом, необходимо сделать вывод о том, что 18 детей имеют внутренние мотивы для обучения в школе, понимают и осознают, что их в

дальнейшем ожидает в учебной жизни. Дети могут действовать по правилам и контролировать произвольность психических процессов. Учебные мотивы у детей подготовительной к школе группе уже присутствуют и проявляются в процессе исследования. Развитие мотивационной сферы соответствуют началу школьного обучения. У 12 детей еще не сформированы мотивы для обучения к школе. Развитие мотивационной сферы не соответствует началу школьного обучения.

Анализ уровня развития обучаемости детей по методике «Сапожки»: дети справились с решением задач кодирования, но этапы обучения проходили по-разному:

- 12 детей (40 %) быстро поняли правило решения задачи кодирования, закрепляющий этап также хорошо быстро, задачи для них оказались простыми в решении;

- 6 детей (20 %) в процессе обучения задавали, уточняли вопросы решения, иногда проговаривали «про себя» инструкцию кодирования, процесс обучения шёл медленно, постепенно закрепляющий этап проходил уже в более подвижном темпе и с решением задач дети также справились:

- 12 детей (40 %) довольно длительно проходили этап обучения, но молча, и без вопросов, старались больше слушать педагога дающего задание, этап закрепления - проходил по-разному - одни быстро закрепляли материал, другие тщательно и постепенно работали на втором этапе, задачи решили самостоятельно.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что 18 детей (60%) обучаемы, понимают учебную задачу, закрепляют правила и затем их используют в решении задач. Достаточно многим (12 детей- 40 %) часто нужен зрительный образ - подсказка, но, тем не менее, при решении последних задач подсказка закрыта. Дети обучаемы, но темп обучаемости у медленный.

Результаты исследования особенностей волевых проявлений, полученных по методике «Изучение волевых проявлений»:

- 65% детей способны удержать и достигать поставленную педагогом цель, некоторые самостоятельно способны ставить цели. Это хорошо проявлялось в игровой деятельности, в планировании своих действий.

Дети, которые не проявили способность в достижении цели (35%), отличались высокой активностью, расторможенностью, агрессивностью, неумением собраться. При неуспехе в деятельности они бросали работу, говоря, что у них и так всегда ничего не получается, что они такие «неспособные».

В ходе исследования выяснилось, что 30% детей умеют сдерживать свои эмоции и непосредственные желания, а остальные дети не проявили такой способности. Данные дети при выполнении трудных заданий могли бросить работу, порвать рисунок, кинуть мяч, уйти и т.д. При выполнении совместных игр в группе данные дети не всегда делали то, что требуется по правилам игры, говоря, что они не хотят этого.

Было выявлено, что 55% дошкольников обладают дисциплинированностью. Дошкольники, не обладающие ею (45%), проявили следующее: они не подчинялись правилам поведения, не выполняли требований воспитателей, родителей, реагируя на них криком, плачем и т.д.

Самостоятельность в деятельности была выявлена у 68% дошкольников. Данные дети вполне самостоятельно выполняют ряд требований взрослых, без напоминаний, доводят действия до конца сами. Дошкольники, которые не проявили признаков самостоятельности, напротив, нуждаются в напоминании, в руководстве взрослых (одень что-то из одежды, вымой руки, собери игрушки и т.д.).

Настойчивость проявили 60% детей. Данные дети в ситуации неуспеха смогли мобилизоваться, проявить упорство. Для достижения успеха они могли еще раз спросить у воспитателя, посидеть, самостоятельно подумать. При возникновении препятствий в деятельности (в игре, например) они могли найти выход из ситуации, используя дополнительные резервы (взять еще один стул, лист бумаги, игрушку и т.д.).

Организованность проявили 63% детей. Данные дошкольники смогли рационально организовать свою деятельность. Например, при подготовке к занятиям данные дети самостоятельно подготовили столы, необходимые инструменты, разложили все на своем рабочем месте. Некоторые из них даже устно проговорили, что будут делать и в какой последовательности. Инициативность была прослежена у 50% детей. Чаще всего инициативность была при проведении свободных игр. Дети предлагали свои игры, методы игры и т.д. Была отмечена инициативность у некоторых детей на развивающих занятиях.

Анализируя сформированность привычек детей, видно, что наиболее сформированы такие привычки, как: поддержание чистоты тела. Почти все дети почти без напоминаний моют руки перед приемом пищи, после прогулок. Дети привыкли, что они участвуют в подготовке к сервировке стола перед приемом пищи, и делают это без каких-либо затруднений.

В целом, подводя итог по результатам, оценивающим особенности волевых проявлений у детей, видно, что отмечаются некоторые трудности в сформированности регуляции своей деятельности, в проявлении излиш-

них эмоций примерно у 35% детей, в организации работы, в доведении дела до конца, в сдерживании своих эмоций и т.д.

Исходя из анализа данных методики исследования особенностей волевых проявлений у детей старшего дошкольного возраста, можно отметить, что у 35% (11 детей) группы присутствует синдром выученной беспомощности. У этих детей наблюдается повышенный уровень тревожности, неуравновешенность, отсутствие инициативы, неуверенность в себе, расстройство эмоциональной сферы.

Именно у этих детей низкий уровень мотивации к обучению в школе, доминирует игровой мотив, а не познавательный. Уровень развития мотивационной сферы не соответствует возрасту. Уровень обучаемости медленный.

У 11 дошкольников имеются нарушения в мотивационной сфере и присутствует синдром выученной беспомощности. Был сделан вывод о том, что процесс специально организованной системы коррекционных мероприятий будет способствовать эффективному развитию мотивационной сферы, как формы профилактики выученной беспомощности старших дошкольников.

Анализ результатов первичного исследования показал, что у детей контрольной группы недостаточно развита познавательная мотивация, готовность к школьному обучению, поэтому программа была разработана с учетом этих данных.

Цель программы коррекционных занятий - коррекция мотивационной сферы дошкольников: познавательной мотивации, мотивации к обучению.

Для реализации поставленной цели были определены следующие задачи:

1. Целенаправленное формирование интересов и мотивации учения.
2. Развитие у детей познавательных процессов и способностей, необходимых для успешного обучения в школе.
3. Развитие произвольности поведения.
4. Развитие личности ребенка через самовыражение и творчество.
5. Развитие эмоционально-волевого поведения дошкольников.

Работа проводилась на протяжении 6 недель. Всего было проведено 10 занятий, которые проводились 2 раза в неделю.

Продолжительность занятий 35-40 минут. Каждое занятие включает: разминку, основную часть и заключительную.

В целях развития у детей познавательных процессов, формирования интересов и мотивации учения, необходимых для успешного обучения в

школе предлагаются следующие игры, задания и упражнения (Таблица 6). Они помогут развить как один, так и несколько психических процессов, а также волевую, двигательную сферы, помочь ребенку снять эмоциональное напряжение и обучить его способам саморегуляции.

Список литературы

1. Абрахам К., Гловер Э., Ференци Ш. Классические психоаналитические труды : пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2009. 224 с.
2. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии: пер. с нем. / вступ.ст. А. М. Боковой. М.: Просвещение, 1995. 291 с.
3. Батурин Н. А. Ситуативная и личностная беспомощность // Материалы 52-й науч. конф. преподавателей фак. психологии / под ред. Н. А. Батурина. Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2000. С. 21–22.
4. Барташников И. А., Барташников А. А. Учись играя. Тренировка интеллекта. Игры и тесты для детей 5-7 лет. Харьков: Фолио, 1997. 412 с.
5. Безруких М. М., Ефимова С. П. Ребенок идет в школу. М.: Академия, 2000. 248 с.
6. Божович Л. И. Проблемы развития мотивационной сферы ребёнка // Изучение мотивации поведения детей и подростков. М. : Педагогика, 1972.
7. Божович Л. И. Этапы формирования личности в онтогенезе // Вопросы психологии. 1978. № 4. С. 28–35.

УДК 159.923-053.6

ФОРМИРОВАНИЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

В. А. Кудрявцева, Ю. В. Живаева

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

Аннотация. Статья посвящена изучению ценностных ориентаций пациентов онкологического диспансера в теоретическом и эмпирическом аспектах. Каждому человеку присуща индивидуальная, специфическая иерархия личностных ценностей, позволяющих переживать различные эмоциональные состояния, которые в свою очередь могут содействовать появлению болезни или напротив влиять на сохранение здоровья. В работе исследуются ценностные ориентации пациентов до тренинга и после его проведения. Программа тренинга направлена на повышение адаптационных возможностей пациентов с онкологическим диагнозом, снижение уровня тревожности. Приводится анализ полученных результатов.

Ключевые слова: ценностные ориентации; онкология; программа тренинга.

Актуальность. Проблема онкологических заболеваний остается приоритетной для современного общества. На протяжении последних десятилетий от рака умирают ежегодно миллионы человек. Учитывая, что в развитых странах наблюдается тенденция к замедлению роста заболеваемости и снижению смертности от злокачественных опухолей, то основной прирост придется на развивающиеся страны, к которым сегодня следует отнести и Россию.

Рак - бич человечества. По смертности он занимает второе место после сердечно-сосудистых заболеваний, по страху, который внушает людям, - первое. Многие тысячи исследователей стремятся понять его причины, найти пути к его профилактике и лечению. Десятки институтов и сотни лабораторий во всем мире работают над этой проблемой, обеспечивая успех в ее понимании и медленный, но неуклонный прогресс в профилактике и лечении.

Интерес к ценностным основам отдельной личности и общества в целом всегда возрастал в кризисные, переломные моменты жизни человека, необходимость осмысления которых закономерно требовала обращения к проблеме ценностей. Каждому человеку присуща индивидуальная, специфическая иерархия личностных ценностей, служащих связующим звеном между духовной культурой общества и духовным миром личности, между бытием общественным и индивидуальным.

У онкологических больных прослеживается склонность к пессимистической оценке жизненных событий. Длительные дисфории или склонность к депрессивным реакциям, сопровождаются чувством безнадежности и потерей интереса к жизни.

Такие больные стремятся к сохранению привычных ситуаций и поведенческих стереотипов. Это может говорить о повышенном уровне ригидности, отсутствии спонтанности и психологической гибкости, а также небольшом психологическом ресурсе. Не только в стрессовых, но и обычных жизненных ситуациях такие пациенты не склонны к анализу причинно следственных связей. Они удовлетворяются внешними, формальными проявлениями.

Очень часто раковые пациенты занимают позицию «все зависит от внешних обстоятельств, ничего не решаю и ничего не могу сделать». Это симптоматика идентификации себя с подростком.

У больных наблюдается установка на соблюдение некой дистанции в общении и образовании дружеских отношений. Поэтому в трудных ситуациях они с трудом воспринимают поддержку со стороны. Такие больные с большим трудом расслабляются, так как для многих из них характерен высокий уровень тревожности. Он препятствует релаксации и восстановлению психологических ресурсов.

Каждый больной сам определяет позицию по отношению к болезни. Человек, выбирающий позицию жертвы, влияет на свою жизнь тем, что придает повышенное значение таким событиям, которые подтверждают безнадежность его положения. Величина стресса от диагноза определяется: во-первых, значением, которое ему придается, а во-вторых, теми правилами, которые выработались в процессе жизни и, которые указывают на допустимые способы выхода из стрессовой ситуации.

Поскольку эмоциональные состояния могут содействовать появлению болезни, они точно так же могут влиять и на сохранение здоровья. Признавая свое содействие возникновению болезни, пациенты одновременно признают, что в их силах содействовать выздоровлению, делая тем самым первый шаг к нему.

Целью исследования является изучение возможности формирования ценностных ориентаций у пациентов онкологического диспансера.

Нами были поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать теоретические источники по проблеме исследования.

2. Подобрать диагностический инструментарий по изучению ценностей у пациентов онкологического диспансера.

3. Исследовать ценностные ориентации пациентов онкологического диспансера.

4. Разработать и апробировать тренинг, направленный на формирование ценностных ориентаций у пациентов онкологического диспансера.

5. Выявить эффективность тренинга посредством повторного исследования ценностных ориентаций у пациентов онкологического диспансера.

6. На основании полученных результатов исследования, разработать выводы и рекомендации для пациентов онкологического диспансера.

Гипотеза исследования: Организация системы занятий, направленных на актуализацию ценности здоровья, формирование активной жизненной позиции, в сочетании с твердой волей и жизнерадостностью улучшат психологические адаптационные возможности пациентов онкологического диспансера.

Целевая аудитория: выборка исследования представлена группой испытуемых мужчин и женщин в возрасте от 45 до 65 лет, в количестве 20 человек с онкологическим диагнозом при КГБУЗ «Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И Крыжановского» находящиеся на стационарном лечении.

Для изучения ценностных ориентаций у пациентов с онкологическим диагнозом нами была использована следующая методика: «Ценностные ориентации» М. Рокича и проведен количественный и качественный анализ эмпирических данных с использованием метода математической статистики. Для исследования внутренней конфликтности и уровня самореализации была использована методика «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах (Е. Б. Фанталова).

Первый этап исследования проведен с целью диагностики ценностных ориентаций пациентов с онкологическим диагнозом, а также для выявления уровня ценностей и доступностей, что может сопровождаться образованием стрессов и повышением тревожности. Второй этап исследования состоял из разработки и проведения программы тренинга, на формирование ценностных ориентаций у пациентов с онкологическим диагнозом. Третий этап исследования заключался в отсроченном повторном проведении методик для оценки эффективности разработанной программы тренинга.

Основная гуманистическая идея любого из разработанных тренингов заключается в том, чтобы не принуждать человека, не давить на него, а помочь ему стать самим собой, принять и полюбить себя, преодолеть стереотипы, мешающие ему жить радостно и счастливо, прежде всего, в общении с окружающими людьми в различных социальных сферах.

Целью программы тренинга является повышение адаптационных возможностей пациентов с онкологическим диагнозом, снижение уровня тревожности, помощь в индивидуальных психологических запросах пациентов.

В результате проведения психодиагностического исследования выявлено, что ведущими для женщин являются общечеловеческие ценности личного счастья: здоровье, любовь, счастливая семейная жизнь. «Здоровье» находится на вершине иерархии, это может объясняться тем, что для любой женщины важным является ее самочувствие и состояние организма. Для мужчин же наоборот, более актуальным и важным по-прежнему осталась активная деятельная жизнь. Высоким статусом во всех группах при распределении на второе место обладает ценность «счастливая семейная жизнь» в сочетании с высокими показателями по ценности «любовь».

Более значимыми они являются для женщин, страдающих раком шейки матки, что, скорее всего, связано с возможной потерей женственности и привлекательности, что может повлечь за собой ухудшение семейных отношений. Так же выявлено, что у женщин высокий процент наблюдается по отношению к ценности «материально обеспеченная жизнь», это может быть связано с беспокойством о предстоящих трудностях лечения и невозможности полноценно выполнять прежнюю работу в полном объеме. Для мужчин же в приоритет выходит ценность жизненной мудрости несколько выше здоровья и счастливой семейной жизни, что может быть связано с желанием в семейной сфере остаться по-прежнему важным, уважаемым и главным.

Низкий уровень наблюдается у следующих ценностей: общественное признание, познание, развитие, развлечения, свобода творчество, счастье других. Это связано с особенностью роли женщины в обществе, ее видение смысла жизни не в карьерных успехах, а в материнстве.

Проведение тренинга для пациентов онкологического диспансера позволяет сделать выводы о том, что столкновение в жизни с травмирующим событием, горем или стрессом формирует неспособность открыто выражать агрессивные чувства и внутренний запрет на демонстрацию эмоций.

Сбор информации во время рефлексивного анализа указывает на подавление реакций и чувств у таких пациентов, также их избегание конфликтов приводит к внешне видимой «приятной» наружности. Прослеживается сильная приверженность этих людей к доминирующим социальным нормам и стремлению соответствовать обществу.

Данные об исследовании уровня соотношения ценностей и доступностей указывают на то, что у этих пациентов меняется реальная объективно-жизненная позиция больного - от позиции «обреченности», впоследствии «позиции выживаемого человека» до «позиции социальной адаптации». Наличие внутреннего конфликта - это показатель расхождения, дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, свидетельствующий о степени неудовлетворенности текущей жизненной ситуацией, блокады основных потребностей, внутреннего дискомфорта, внутренней конфликтности, а также об уровне самореализации, внутренней идентичности, интегрированности, гармонии.

Для выявления продуктивности тренинга, направленного на формирование ценностных ориентаций пациентов онкологического диспансера. Результаты первичной и повторной диагностик были обработаны при помощи U-критерия Мана-Уитни, позволяющего выявить достоверность

различий. Сравнимые значения первичной и повторной диагностик. Статистически достоверно различаются с вероятностью допустимой ошибки меньше 0,05 по всем шкалам методики «Ценностные ориентации» М. Рокича. На основании результатов статистической обработки мы можем прийти к заключению о том, что статистический анализ выявляет значимость различий между показателями первичной и повторной диагностик. Данный факт может свидетельствовать о том, что для формирования ценностных ориентаций необходимо проводить организованную, планомерно реализуемую коррекционно-профилактическую работу.

Список литературы

1. Беляев И. А. Ценностное содержание целостного мироотношения // Вестник Оренбургского государственного университета. 2004. № 2. С. 9.
2. Ильницкий А. П. Первичная профилактика рака: место и роль в противораковой борьбе // Информационный бюллетень «Первичная профилактика рака». 2009. № 7. С. 2–4.
3. Попова И. П. Мужчины и женщины в сферах занятости и здоровья: контекст девяностых // Женщина в российском обществе. 2012. № 2. С. 21.
4. Серый А. В., Яницкий М. С. Ценностно-смысловая сфера личности. Кемерово: Кемеровский государственный университет, 2008. 92 с.
5. Щербатых Ю. В. Психология стресса. М.: Эксмо, 2008. 304 с.
6. Кудрявцева В. А., Живаева Ю. В. Специфика ценностных ориентаций людей при онкологическом заболевании // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал : материалы II-й Междунар. науч.-практ. конф. (г. Красноярск, 27-28 нояб. 2015 г.) / гл. ред. И. О. Логинова. Красноярск : Версо, 2015. С. 128–132.

УДК 159.9.07

ИССЛЕДОВАНИЕ ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ

В. В. Лазарян, Ю. В. Живаева

Красноярский государственный медицинский университет им. проф.

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

Аннотация. Перинатальные психологи неоднократно предпринимали попытку классифицировать варианты поведения будущих мам, их отношения к беременности. Наиболее популярной является классификация с пятью психологическими типами. Научно это называется «психологический компонент гестационной доминанты». Этот компонент представляет

собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, меняющих отношения беременной к себе и к окружающим, направленных на сохранение и создание условий для развития будущего ребёнка

Ключевые слова: беременность, перинатальная психология, компонент гестационной доминанты, оптимальный тип, тревожный тип, эфорический тип, депрессивные тип, гипогестгнозический тип

Актуальность. Каждая женщина в течение жизни примеряет на себя несколько образов, так называемых социальных ролей. Большинству из нас вполне знакомы роли «дочери», «сестры», «подруги», «жены», «коллеги» и другие. А с момента зарождения в нас жизни природа утверждает нас на роль «беременной», которую нам предстоит исполнять в течение 9 месяцев. И каждая делает это по-своему.

Беременность может быть рассмотрена как один из периодов, значительно влияющих на жизнь женщины. Кроме телесных изменений, ожидание ребенка сопровождается глубинными внутренними психологическими перестройками. В этот период у многих женщин происходит переоценка ценностей, трансформируется образ мира и себя самой.

Психологическое самочувствие женщины в свою очередь способно воздействовать на развитие самого ребенка. Данный период и отношение к нему вносит значительный вклад в развитие родительства и, в последующем влияет на материнское поведение в диаде мать-дитя. Г.Г. Филипповой было показано, что беременность является наиболее сложным этапом в развитии материнского отношения, составной частью этапа «взаимодействия с собственным ребенком». Как отмечает автор, отношение к ребенку связано с уровнем его эмоционального благополучия, развитием его познавательной мотивации и стиля переживания стрессовых ситуаций. Т.Л. Шиманская рассматривает беременность как сензитивный период формирования аутопсихологической компетентности беременной женщины, непосредственно влияющей на материнское отношение и являющейся определяющим фактором в эффективных детско-родительских отношениях.

Соответственно, данный период является особенно важным в развитии материнской сферы, требует четкой диагностики, изучения и анализа факторов способных повлиять на оптимальную адаптацию к беременности и формированию адекватного материнского отношения.

Многочисленными зарубежными и отечественными исследованиями установлено, что именно материнское отношение является основным

фактором, формирующим взаимоотношения между ребенком и матерью. Данные, полученные в ходе изучения материнской сферы, позволили Г.Г. Филипповой описать шесть вариантов стилей переживания беременности: адекватный, тревожный, эйфорический, игнорирующий, амбивалентный, отвергающий.

Независимо Г.Г. Филипповой И.В. Добряковым были выделены типы отношения к собственной беременности: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный.

Первый тип оптимальный. Беременность для этих женщин, как правило, желанна или, во всяком случае, они переосмысливают свою жизнь, спокойно адаптируются к состоянию беременности и встраивают рождение ребенка в контекст своих жизненных планов. Женщины оптимального типа ответственно и спокойно подходят к своей беременности, изменяют свой активный образ жизни на более размеренный, следят за здоровьем, консультируются с врачом и другими специалистами.

Отношения с супругом (отцом ребёнка) у этих женщин вполне гармоничные, поэтому, чаще всего, они вместе с мужьями посещают занятия по подготовке к родам и настроены на совместный уход за ребёнком и его воспитание. Исследования показали, что беременные женщины этого варианта имеют меньше проблем со здоровьем и легче переносят роды.

Второй тип тревожный. Во время беременности этих женщин отличает повышенное состояние тревожности и беспокойства по разным причинам. Это тревоги и опасения за собственное здоровье и за здоровье будущего ребенка, страх родов, плохие взаимоотношения с отцом ребёнка и многое другое. Поэтому эти женщины, получая информацию из разных источников: из интернета, от родственников и знакомых, от акушера-гинеколога и разных других специалистов, постоянно сомневаются в выборе предпринятых мер и не уверены в правильности своих действий. Причины такого тревожного состояния могут быть как действительно серьезными, так и безосновательно преувеличенными.

Третий тип эйфорический. Бывает, что по каким-либо причинам беременность долго не наступает и многим супружеским парам приходится пройти долгий путь обследований и лечения, приложить много усилий, чтобы беременность наступила. И когда наконец-то всё случилось, то нет предела этому счастью! Женщины эйфорического типа чаще всего уверены, что беременность и рождение ребенка – это настоящий праздник, самая прекрасная и долгожданная пора, поэтому их переполняет восторг и радость от осознания себя беременной. Беременность так много значит в жизни этих женщин, что они всячески её подчеркивают, подбирают объ-

емную одежду, заблаговременно начинают посещать занятия по подготовке к родам, любят себя побаловать и от окружающих ожидают восторга и умиления. Они искренне радуются всем проявлениям новой жизни: внутриутробному шевелению, растущему животу, приближающимся родам. Женщины эйфорического типа чаще всего недомогания и разного рода проблемы оценивают не совсем адекватно: либо не замечают, либо, наоборот, преувеличивают. Например, рекомендации врача могут выполнять не регулярно или, наоборот, делать все чересчур педантично, преувеличивая проблему.

Следующий гипогестгностический тип. Преобладает у женщин студенческой среды (продолжающих учебу) либо у женщин увлеченных карьерой, работой. Чаще всего, для женщин данного типа, беременность является незапланированным событием, заставшим внезапно и врасплох. Для многих из них она нарушает жизненные планы и женщинам очень сложно адаптироваться к состоянию беременности, правильно расставить приоритеты и поменять привычно напряженный образ жизни. Поэтому, к сожалению, несмотря на очевидный факт беременности, женщины данного типа не склонны менять свой ритм и образ жизни: они полностью поглощены работой или учебой, ведут активный образ жизни, занимаются спортом, путешествуют и решают жизненно важные задачи. У многих беременных женщин данного типа нет времени встать на учет в женскую консультацию, посещать врачей и выполнять их рекомендации.

Последний депрессивный тип. Бывает, что очень сложные психотравмирующие ситуации могут повлиять на негативное отношение женщины к своей беременности и вызвать депрессивную симптоматику. Если беременность вызывает чувство неприязни, отчаяния, самоуничтожения, подавленности, то значит, у женщины есть реальная причина испытывать такие чувства. Непринятие новой жизни в себе может сопровождаться не только негативными чувствами, но и страшными фантазиями, что внутри «поселилось некое опасное существо», «паразит или монстр, который соест соки, делает моё тело некрасивым, разрушает, обессиливает». Некоторые женщины данного типа могут говорить о суицидальных мыслях.

Близким и родным не сразу может быть понятно, что ипохондрия, подавленность, плаксивость – это проявления депрессивного состояния, а не просто «беременные капризы».

С целью исследовать какой же тип преобладает у современных женщин нами было опрошено 20 беременных женщин в возрасте от 18 до 42 лет на базе женской консультации № 20. В ходе исследования была использована методика «Тест отношений беременной». Обработка данных

методики выявила, что у 45% женщин из всех эйфорический тип отношения, у 25% беременных тревожный тип, у 20% опрошенных оптимальный тип и у 10% гипогестогнозический тип отношения беременности.

Эйфорический тип преобладает у женщин в возрасте от 32 до 42 лет и в основном у женщин на 34 неделе и более. Тревожный тип в основном у опрошенных в возрасте от 27 до 32 и у всех срок менее 19 недель. У женщин в возрасте от 18 до 24 преобладает оптимальный тип, причем срок беременности у всех сильно отличается. А вот гипогестогнозический тип преобладает у женщин в возрасте от 24 до 27.

Таким образом, женщинам с тревожным типом важно понять, что их тревожное состояние существенно влияет на внутриутробное развитие будущего ребенка. Женщинам тревожного типа необходимо чаще бывать на свежем воздухе, слушать спокойную, расслабляющую музыку, поменьше читать в интернете литературу медицинской направленности, лучше заниматься рукоделием, творчеством. Своевременное обращение за психологической помощью поможет также овладеть навыками саморегуляции, психологически подготовиться к родам и воспитанию ребенка.

Беременным женщинам с эйфорическим типом недостает объективной информации о беременности, родах и им важно осознать, что от их ответственного отношения и поведения зависит благополучное протекание беременности и родов. Посещение занятий по подготовке к родам даст возможность адекватно оценить свое состояние, поможет сформировать ответственное отношение к беременности и родам, освоить необходимые навыки (дыхания, поз, массажа и т.д.) при подготовке к родам.

Женщины с гипогестогнозическим (игнорирующим) типом психологически не готовы к данной беременности, поэтому не задумываются о предстоящем материнстве. Всё это может в дальнейшем влиять на нарушение материнско-детских отношений. Квалифицированная помощь перинатального психолога поможет выстроить правильно приоритеты и осознать, что материнство – это не помеха жизненным планам, а большое семейное счастье.

Всем, кто общается с беременной женщиной с депрессивным типом очень важно своевременно выявить симптоматику и направить женщину на консультацию к психотерапевту или психиатру, который сможет определить тяжесть депрессивного состояния и вовремя провести соответствующий курс лечения.

Таким образом, будущим мамам лучше стремиться к оптимальному типу психологического компонента гестационной доминанты: спокойный, взвешенный подход к беременности говорит о зрелости родителей,

об их готовности в дальнейшем воспитывать ребёнка в гармонии и взаимопонимании. Но не стоит расстраиваться или винить себя, если ваше отношение к происходящему сейчас несколько иное.

Список литературы

1. Агнаева Е. М. Образ будущего ребенка у беременной женщины // Ежегодник Российского Психологического общества : материалы III Всероссийского съезда психологов. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2003. Т. 1.1. С. 27–32.
2. Арина Г. А., Айвазян Е. Б., Маклакова М. В. Особенности развития эмоционально ценностного отношения к ребенку у женщин с отягощенной беременностью // Дефектология. 2003. № 4. С. 59–66.
3. Бергум В. Моральный опыт беременности и материнства // Человек. 2000. № 2. С. 16–27.
4. Соловьева Е. В. Внутренняя материнская позиция: структура и содержание // Перспективы науки. 2012. № 3. С. 411–414.
5. Филиппова, Г. Г. Психология материнства : учеб. пособие. М.: Ин-т Психотерапии, 2002. 238 с.

УДК 159.9.07

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У ПОДРОСТКОВ СКЛОННЫХ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Л. Ф. Маковецкая, Е. И. Стоянова

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

Аннотация: в статье рассматривается современное состояние проблемы изучения эмоциональной устойчивости подростков, показание влияния аддиктивного поведения на эмоциональную устойчивость. На сегодняшний день по данной теме проведено очень мало исследований, ее более подробное изучение позволило своевременно отреагировать на отклоняющееся поведение подростков. Целью данной статьи является выявление эмоциональной устойчивости, подростков склонных к аддиктивному поведению. Результаты эмпирического исследования эмоциональной устойчивости, с различными видами аддикций отражены в данной статье. Выявлено, что подростки с трудоголизмом и зависимые от здорового образа жизни более эмоционально устойчивы. Подростки склонные к игровой, интернет и компьютерной зависимости более неустойчивы.

Ключевые слова: эмоциональная устойчивость, подросток, аддиктивное поведение, психоактивные вещества, аддиктивная личность, психическое состояние, разрушительный характер, стиль жизни, эмоциональная саморегуляция, психологический фактор.

Актуальность. Увеличение числа несовершеннолетних с аддиктивным поведением растет год за годом, на сегодняшний день это проблема является в России актуальной. Проявления аддиктивного поведения может проявляться в употреблении психоактивных веществ (наркомании, токсикомании, курении, алкоголизме и т.д) и нехимических (интернет, игромания, трудоголизм, зависимость от еды), что представляет серьезную проблему для общества. Рост числа подростков с аддиктивным поведением зависит от множества причин и, очевидно, одной из них является недостаточная эффективность мер по профилактике аддиктивного поведения в целом и в рамках образовательного учреждения, в частности.

Постановка проблемы. В данном контексте наибольший интерес представляет изучение природы аддиктивного поведения подростков. В различных работах (Э. А. Бехтель, Б. С. Братусь, Ц. П. Короленко, Д. В. Колесов, Н. Я. Копыт, А. Е. Личко, И. Н. Пятницкая, В. Я. Семке и др.) подчеркивается значимая роль социальных, личностных и биологических факторов формирования аддиктивного поведения. При этом ряд исследователей (С. А. Беличева, Н. В. Литвиненко) указывают на значимую роль школьной дезадаптации в возникновении девиантных форм поведения и аддиктивного поведения в том числе. Однако экспериментальных исследований, выявляющих закономерности влияния школьной дезадаптации на формирование аддиктивного поведения, неоправданно мало. Выявление таких закономерностей является крайне значимым для осмысления направленности и содержания работы по профилактике аддиктивного поведения в рамках образовательного учреждения.

Уход от проблем является универсальным, односторонним способом выживания аддиктивной личности. Естественные адаптационные возможности аддикта нарушены на психофизиологическом уровне, одним из признаков этих нарушений является ощущение психологического дискомфорта. Если для одних перепады настроения протекают без явных отклонений от нормы, то другие с трудом переносят малейшие, кратковременные колебания настроения. В качестве создания психологического комфорта они выбирают аддикцию, тем самым искусственно пытаются изменить своё психическое состояние, и как следствие получают «нужные» эмоции (Мухина, 2011).

Разрушительный характер аддиктивного поведения проявляется в том, что способ аддиктивной реализации из средства постепенно превращается в цель. Отвлечение от сомнений и переживаний в трудных ситуациях периодически необходимо всем, но в случае аддиктивного поведения оно становится стилем жизни, в процессе которого человек оказывается в ловушке постоянного ухода от реальной действительности (Абрумова, 2012). Аддиктивная реализация заменяет дружбу, любовь, другие виды активности, тем самым подросток становится неспособным поддерживать равновесие в жизни, включаться в какую либо деятельность (Короленко, 2013).

К причинам, формирующим аддиктивные формы поведения подростков можно отнести социально- экономические условия, среда, в которую погружен подросток, что как следствие наносит отпечаток на жизнь подростков, в процесс их социализации это делает их агрессивными, жестокими, эмоционально неустойчивыми (Дмитриева, 2011). В свою очередь, оценивая эмоциональную устойчивость подростка для начала проведем диагностику на предмет присутствия аддикций у подростков.

Для исследования аддиктивного поведения были проведены методики, определяющие к какому виду аддикции относится подросток. В основную группу испытуемых вошли учащиеся СОШ №149 города Красноярска. Данные представим в виде таблицы 1.

Таблица 1 – Распределение подростков по видам аддикций, в %

Вид зависимости (аддикции)	мальчики	девочки
Интернет и компьютерная зависимость	24	24
Любовная зависимость	15	24
Игровая зависимость	20	20
Никотиновая зависимость	6,5	–
Пищевая зависимость	15	23
Телевизорная зависимость	6,5	4,5
Трудоголизм	6,5	4,5
Зависимость от здорового образа жизни	6,6	–

Теперь оценим, какая из данных видов аддикции наиболее эмоционально устойчива/неустойчива. По данным мониторинга получились следующие результаты таблица 2.

Таблица 2 – Виды аддикций с эмоциональной устойчивостью/неустойчивостью, в %

Вид зависимости (аддикции)	Эмоциональная неустойчивость (мальчики)	Эмоциональная неустойчивость (девочки)
Интернет и компьютерная зависимость	35	35
Любовная зависимость	–	21,6
Игровая зависимость	28	21,6
Никотиновая зависимость	12,3	–
Пищевая зависимость	12,3	–
Телевизорная зависимость	12,3	21,6
Трудоголизм	–	–
Зависимость от здорового образа жизни	–	–

Таким образом, из таблиц можно сделать следующий вывод: наиболее эмоционально не устойчивы, подростки, относящиеся к интернет и компьютерной зависимости, игровой зависимости. Возможно, это можно объяснить современными играми, которые нацелены на жестокость, убийства, стрельбы, заполненной в интернете ненужной информацией, современные социальные сети, игры он-лайн, возможность приобщиться к любой, даже самой табуированной в обществе информации с помощью интернета, словно специально созданы для подростков, нервная система которых еще не окрепла окончательно, ведь детям этого возраста изначально присуще стремление к фантазированию, склонности выдавать желаемое за действительное, уходу от реальности и т.д. Компьютер и интернет полностью удовлетворяют эти потребности молодого человека, который с их помощью может стать кем угодно в своем виртуальном пространстве. Всё это ломает общественные нормы, увлечение играми легко подрывают физическое, интеллектуальное, психическое здоровье. Эмоционально устойчивыми видами аддикции являются трудоголизм и зависимость от здорового образа жизни. Эмоциональная устойчивость, с одной стороны,— результат целостной функциональной системы эмоциональной саморегуляции напряженной и одновременно продуктивной деятельности, с другой — системное качество личности, приобретаемое индивидом и проявляющееся у него в единстве эмоциональных, интеллектуальных, волевых и других отношений, в которые он вовлекается в условиях напряженной деятельности. Уменьшает отрицательное воздействие

сильных эмоциональных воздействий, предупреждает крайний стресс, способствует проявлению готовности к действиям в напряженной ситуации. Поэтому эмоциональная устойчивость — один из важных психологических факторов надежности, эффективности и успеха деятельности в экстремальной обстановке. Исследование ее природы, путей и средств сохранения, поддержания и формирования, зависимости от выполняемых задач, способов организации труда, его средств, стиля руководства, воспитательной работы имеет актуальное значение (Кононова, 2011).

Эмоциональная устойчивость уменьшает отрицательное воздействие сильных эмоциональных воздействий, предупреждает крайний стресс, способствует проявлению готовности к действиям в напряженной ситуации. Проблемы утраты смысла жизни, совладания со стрессогенными факторами, особенно в профессиональной деятельности, побуждают искать психологические, духовные, социальные опоры.

Польский психолог Я. Рейковский, останавливаясь на эмоциональной устойчивости как гипотетической особенности человека, говорит о двух ее значениях: 1) человек эмоционально устойчив, если его эмоциональное возбуждение, несмотря на сильные раздражители, не превышает пороговой величины; 2) человек эмоционально устойчив, так как, несмотря на сильное эмоциональное возбуждение, в его поведении не наблюдается нарушений. Основными направлениями исследований эмоциональной устойчивости, по Я. Рейковскому, являются: физиологическое (изучение зависимости эмоциональной устойчивости от свойств нервной системы) структурное (изучение регуляторных структур личности) и поиск особого механизма в виде самоконтроля. Поэтому эмоциональная устойчивость — один из важных психологических факторов надежности, эффективности и успеха деятельности в экстремальной обстановке. Исследование ее природы, путей и средств сохранения, поддержания и формирования, зависимости от выполняемых задач, способов организации труда, его средств, стиля руководства, воспитательной работы имеет актуальное значение. Эмоциональную устойчивость можно понимать как свойство личности, проявляющееся в стереотипе эмоционального поведения в напряженных условиях деятельности, характеризующееся эмоциональной стабильностью и способствующее сохранению определенной направленности действий, адекватному функционированию человека (Чаусова, 2013).

Заслуживает внимания исследование процесса формирования эмоциональной устойчивости, возможностей и приемов ее поддержания и сохранения в деятельности подростка. Важно изучить причины и механизмы эмоциональной неустойчивости, психологические пути и пред-

посылки ее предотвращения и преодоления. Правомерной является ориентация новых исследований эмоциональной устойчивости в процессе выполнения сложных социально значимых задач и психологической подготовки.

Список литературы

1. Амбрумова А. Г., Тройнина Е. Г. К вопросу о саморазрушающем поведении подростков. М., 2012. С. 13–15.
2. Дмитриева Н. В., Четвериков Д. В. Психология аддиктивного поведения. М., 2011. С. 9–12.
3. Кононова Т. В. Эмоциональная устойчивость личности как особый паттерн установок усвоения социокультурного пространства. М., 2011. С. 110–113.
4. Короленко Ц. П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития. Новосибирск, 2013. С. 26–29.
5. Леонова Л. Г. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте. Новосибирск, 2011. С. 9–11.
6. Мухина В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество. М.: Академия, 2013. 456 с.
7. Чаусова О. А. Жизнестойкость молодежи в современном социально- экономическом пространстве. М., 2013. С. 56–58.

УДК 159.9.072

ВЛИЯНИЕ НООГЕНОВСКИХ ЗАДАЧ НА РАЗВИТИЕ МЫШЛЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ

Ю. А. МАКРИНОВА, А. А. САПУН

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

Аннотация. В данной работе рассматривается влияние НооГеновских задач на развитие мышления школьников, рассмотрены: понятие «мышление», Дельта-тестирование как способ измерения мышления, основные принципы НооГеновских задач. Основная цель работы – изучить, действительно ли НооГеновские задачи способствуют формированию предметных компетенций, и является ли формат решения НГ-задач более эффективным для этих целей, чем урочный формат. Новизна исследования и личный вклад автора состоят в практической проверке наличия связи между опытом решения НГ-задач и приростом в мышлении в соответствующей предметной области.

Ключевые слова: мышление, НооГеновские задачи.

Актуальность. НооГеновские задачи, являясь новым, внеурочным форматом обучения, предположительно, лучше отвечают новым требованиям Образовательных Стандартов, и по субъективной оценке участников летней школы НооГен эффективнее для усвоения материала, нежели уроки.

Постановка проблемы. Урочные формы обучения зачастую не формируют у учеников способности применять академические знания в практических ситуациях. Многие задания на уроках направлены на воспроизведение информации, при этом просто выученные факты обычно легко забываются. Ещё одна проблема урочных форм в том, что они не готовят к обучению по программам ВУЗов, которые предусматривают осуществление исследовательской деятельности, НооГеновские задачи же такую деятельность предполагают. Обучение только в урочной форме приводит к тому, что ученики школ, не овладевая практическими навыками, часто теряют и академические знания, не говоря уже о том, что, как правило, не приобретают свободы действия относительно предметного материала.

Материалы и методы. Исследование проводилось на материале НооГеновских задач, работающих с математическими понятиями; в качестве инструмента диагностики изменений в уровне мышления использовалась технология «Дельта»-тестирования.

Уровни действий с учебно-предметным материалом в «Дельта»-тестировании

Авторы технологии «Дельта»-тестирования выделяют 3 этапа освоения культурных орудий, а следовательно, и 3 уровня действий с учебно-предметным материалом.

Первый уровень («усвоение») соответствует освоенности общего смысла понятия и формы способа действия. Это означает, что ученик воспринимает материал как нечужой, знакомый и способен действовать с ним в стандартных задачах. Основанием действия является формальный образец (правило, алгоритм).

Второй уровень («освоение») демонстрируют учащиеся, которые ориентируются в решении задач данного типа на выделенное ими существенное отношение. Важными являются умение отделять существенные характеристики от несущественных – способность мыслить аналитически.

Третий уровень («присвоение») предполагает функционализацию учащимся способа действия, т.е. включение способа в систему личных ресурсов учащегося. Культурное понятие рассматривается на его грани-

це, когда появляется необходимость переделывать старый или конструировать новый способ действия. Ученик, имеющий 3 уровень действия с предметом, показывает способность работать в условиях изменившейся цели, условий, средств, способов, т.е. в сравнении со вторым уровнем обладает большей глубиной понимания. Примечательно, что работа на третьем уровне предполагает возможность переноса материала из одной предметной области / задачной ситуации в другую.

Устройство «Дельта»-тестирования

Тест проходит письменно, ответы записываются либо в тестовую тетрадь, либо в бланк ответов. Тестовая тетрадь разделена на блоки заданий, в которых ученикам предлагается работать с различными математическими понятиями (площадь, прямая) и способами действия (рассуждения, построение аналогий). В каждом блоке содержится несколько заданий, которые расположены и выполняются последовательно с 1 по 3 уровень (уровни в тексте не указаны). При этом каждое следующее задание является продолжением предыдущего. Заданий избыточное количество, поэтому учащимся необязательно решать их все для того, чтобы показать уровень: он присваивается при решении учеником более половины заданий данного уровня в блоке.

Принципы НооГеновских задач

1. Задачи выводят взрослого (учителя) на границу его мышления.

НооГеновские задачи предполагают, что никто не знает правильного ответа – и взрослый в том числе. Этим технология НооГена существенно отличается от традиционной педагогики, где взрослый знает, как «правильно» (даже если делает вид, что решает вместе с учениками), и является почти единственным источником предметной самооценки учащихся. Явление же «настоящего» взрослого – думающего, ищущего, как и в реальной жизни, зачастую не знающего правильного ответа, – одна из образовательных задач технологии НооГена, ведь быть именно такими взрослыми предстоит детям.

2. Совместность в решении задач.

НооГеновские задачи решаются в группах (обычно состоящих из 5-7 человек), которые могут быть как «детскими», так и «взрослыми». В соответствии с первым принципом НооГеновских задач, никто в группе, включая координатора, не знает решения, что позволяет всем участвовать в коллективной работе на равных.

3. Исследование понятия на его границе.

НооГеновские задачи выводят понятие в такие условия, где оно непривычно, непонятно или даже невозможно. В такой образовательной ситу-

ации привычные схемы действия перестают работать, становятся видны существенные свойства понятия, от него отделяются признаки, случайно связанные с ним в нашем мире. НооГеновские задачи позволяют выявить главные, существенные свойства объектов, и уже основе этих свойств действовать с ними.

4. Полагание при решении задачи (построение Мира).

НГ-задачи сочетают в себе творчество и ответственность за это творчество, для них важно обнаруживать взаимосвязь процессов и объектов в мире, чтобы мир был логичным, не разваливался. Построение мира требует ответов на вопросы о нём. Это способствует развитию системного мышления, мышления в коммуникации – умения строить основания, искать параметры сравнения, выбирать критерии оценки; для сотворения Мира необходимо согласовывать, связывать части мира между собой, обогащать его. Всё это развивает в участниках ответственность, самостоятельность, инициативность.

5. Множество решений (множество Миров).

Наличие только одного ответа исключает творчество, отдаляет задачу от реальной жизни с её вариативностью. НГ-задачи некорректны в том плане, что они недоопределены, но именно это их свойство позволяет, как и в жизни, находить разные решения или не находить их – что тоже является важным результатом в становлении научного мышления у детей, за которым, в свою очередь, лежит умение находить закономерности, исследовать.

Образовательные результаты

Согласно моей гипотезе, НооГеновские задачи оказывают влияние на мышление школьников. Однако, по задумке авторов технологии «НооГен», это не единственный образовательный результат, получаемый в ходе работы с задачами. Они также говорят о приросте участников в социально-коммуникативной сфере: НГ-задачи способствуют развитию навыка работы в команде, учат выступать в роли докладчика и т.д. В этой работе я подробно остановлюсь только на учебно-предметных результатах решения НооГеновских задач:

1. Систематизация знаний об объектах «нашего» мира, развитие системного мышления за счёт опыта сложного моделирования.
2. Понимание оснований понятий, их сути.
3. Получение навыков учебного исследования, поиска и разрешения проблем (противоречий).
4. Развитие аналитического мышления, опыт обобщения и конкретизации, проведения аналогий, позиционной экспертизы.

5. Умение быстро понимать сущность сложных систем (решений других групп), относиться к ним с позиции эксперта.

Особенности выборки

1 группа: экспериментальная (15 человек):

В экспериментальную группу вошли учащиеся старшей школы гимназии, занимавшиеся в профильной лаборатории математики. В старшей школе гимназии обучение происходит по 3 основным образовательным программам: классической (профильный и базовый уровень) и РО (Развивающего Обучения; профильный уровень). Все учащиеся лаборатории занимались урочной математикой на профильном уровне, большинство – по программе РО.

2 группа: контрольная (9 человек):

Контрольная группа подбиралась так, чтобы минимизировать воздействие сторонних факторов на результаты эксперимента. В контрольную группу были выбраны ученики 10-11 классов гимназии, обучающиеся в старшей школе по программе РО. Участники контрольной группы имели схожие с экспериментальной группой результаты тестирования «Дельта» в средней школе (одинаковая динамика прогресса, близкие уровневые результаты). Это обусловило существенное отличие в количестве участников в экспериментальной и контрольной группе.

Результаты тестирования

Ниже представлено обобщение полученных данных.

I. В экспериментальной группе 13 чел. из 15 (87%) показали линейный прогресс хотя бы на одном уровне. Из них 7 чел. (47%) показали линейный прогресс на двух уровнях, 3 чел. (20%) показали линейный прогресс на трех уровнях.

Все 9 чел. (100%) в контрольной группе показали линейный прирост (прогресс) хотя бы на одном уровне. 3 человека (33%) показали прирост на двух уровнях и 2 человека (22%) – на трех.

II. Наибольший линейный прогресс в экспериментальной группе заметен на первом и втором уровнях: 12 человек (80%) и 10 человек (67%) соответственно. Величина прироста на первом уровне составляет от 4 до 32%, на втором уровне – от 4 до 32%, на третьем уровне – от 8 до 31%.

В контрольной группе показатели линейного прогресса ниже. Наибольший прогресс заметен только на первом уровне: 7 человек (78%) показали прирост в количестве выполненных заданий; величина прироста на первом уровне составляет от 4 до 32%. Величина прироста на втором и третьем уровнях составляет от 8 до 1618% (в 2 раза меньше максимального прироста в экспериментальной группе).

III. В экспериментальной группе 11 человек из 15 (73%) показали увеличение рейтинга от среза к срезу. Из них 5 человек демонстрируют это увеличение внутри одного уровня (линейный прогресс), а у 6 человек (40% от всех участников экспериментальной группы) это увеличение говорит об уровне прогрессе. Из 6 человек, показавших уровень прогресс, трое (20%) показали шаг с первого на второй уровень, и трое (20%) – со второго на третий. Лишь 1 человек в экспериментальной группе (7%) показал снижение рейтингового числа, говорящее об уровне регрессе.

В контрольной группе 4 человека из 9 (44%) показали увеличение рейтинга от среза к срезу; у 3 из них был прирост внутри одно уровня (линейный прогресс). Лишь 1 человек из 9 (11%) показал уровень прогресс (с нулевого уровня на первый). Два человека (22%) показали снижение рейтингового числа, которое говорит об уровне регрессе.

Выводы по результатам тестирования

Из представленных результатов видно, что у участников экспериментальной группы произошёл большой прирост по основным показателям тестирования «Дельта» (линейный и уровень прогресс (дельта), индивидуальный профиль – процент выполненных заданий на каждом уровне, динамический профиль – изменения в количестве выполненных заданий от среза к срезу). Несмотря на небольшой размер выборки, полученные результаты достаточно заметно отличаются для групп, что позволяет сделать вывод о положительном влиянии опыта решения НооГеновских задач на развитие предметного (в рамках данного исследования – математического) мышления школьников и их большую эффективность для этой цели, чем обучение только в рамках уроков. Для более обоснованного доказательства гипотезы необходимо увеличение участников эксперимента и более точный отбор в группы, однако данное исследование показывает обоснованность гипотезы о положительном влиянии НооГеновских задач на развитие мышления школьников.

Список литературы

1. Мониторинг индивидуального прогресса в школьной системе оценки качества образования : сб. науч.-метод. материалов / сост. В. А. Болотов, О. В. Знаменская, Л. А. Рябинина, Б. И. Хасан, О. И. Свиридова, И. Е. Ким, О. И. Белоконь, Т. В. Аванова, И. В. Исаева. Красноярск : КК ИПК, 2012. 148 с.

2. Учёба с азартом : хрестоматия мотивирующих внеурочных форматов образования (из опыта группы НооГен) / М. Миркес, С. Медведчиков, А. Фатеев [и др.]. СПб. : Школьная лига, 2014. 183 с.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАЗУМНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ОПЕРАТИВНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ

Р. Е. Мельников, И. О. Логинова

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

Аннотация. Целью данной работы является изучение особенностей психологической разумности онкологических больных людей, нуждающихся в оперативном хирургическом вмешательстве. Стоит отметить, что русскоязычные представления о “психологической разумности” как таковой появились совсем недавно, и исследования по данной тематике не столь широко распространены в нашей стране. Основным выводом данной работы будет являться доказанный факт того, что пока личность находится в ситуации онкологического заболевания, она может испытывать проблемы в интерпретации происходящего и всего, что ее окружает и при этом не готова высказать эти чувства.

Ключевые слова: психологическая разумность, онкологическое заболевание, оперативное хирургическое вмешательство

Актуальность. Диагноз заболевания раком, традиционно причисляемого к группе неизлечимых, превращает один лишь факт заболеваемости в серьезную психическую травму. Онкологическое заболевание оказывает сверхсильное и длительное психотравмирующее воздействие на человека, а потому становится таким событием, которое вовлекает его в психологический кризис. Онкологические больные, находясь в состоянии мощного психологического стресса, вызванного госпитализацией, изнурительным лечением, неопределенностью прогноза, изменением образа жизни, переживают сильные негативные чувства. Субъективное отношение пациента к своей болезни есть существенный фактор начала, течения и исхода заболевания. Искаженное понимание болезни и неверная трактовка понятий могут иметь серьезнейшие последствия для здоровья.

Теоретическая значимость работы заключается в выяснении особенностей психологической разумности онкологических больных людей, нуждающихся в оперативном хирургическом вмешательстве, выявление ведущей особенности, проявляющейся у всех пациентов данного профи-

ля. Практическая значимость работы заключается в том, что полученные результаты исследования могут быть использованы психологом, работающего в учреждениях данного профиля для составления программы улучшения переживания ситуации болезни всех пациентов данного профиля.

Постановка проблемы. Субъективное отношение пациента к своей болезни есть существенный фактор начала, течения и исхода заболевания. Отсутствие знаний и программы работы с искаженным пониманием и принятием диагноза пациентом и неверной трактовки понятий могут иметь серьезные последствия для течения процесса лечения пациента.

Методы используемы в данном исследовании были поделены на две группы:

- теоретические методы (теоретико-методологический анализ, обобщение и интерпретация научных данных);

- психодиагностические методы: шкала “Психологической разумности”; опросник рефлексивности Карпова; тест эмоционального интеллекта Люсина.

Результаты и обсуждение. Одной из характеристик, отражающих степень доступности человеку его внутреннего опыта, содержание переживаний, насколько они ему интересны, в какой степени он эмоционально включен в построение образа “Я”, является психологическая разумность.

Термин появился изначально в клинической психологии и психиатрии (Менингерская клиника) и рассматривался в качестве важной предпосылки удачного прохождения пациентами психотерапии. В литературе встречаются разные определения данного понятия. По мнению Аппельбаума, психологическая разумность – это способность человека видеть связь между своими мыслями, чувствами и действиями. В таком определении прослеживается ориентация на важность прояснения того, что клиент думает и чувствует по какому-либо вопросу и какие действия он в связи с этим предпринимает. Другие определения подчеркивают в “психологической разумности” предрасположенность к рефлексии мотивации поведения, мыслей и чувств – своих и других людей.

Из вышесказанного можно выделить одно из составляющих психологическую разумность – способность индивида к рефлексии, а конкретно ее представления как психического свойства – рефлексивности.

Поскольку человек в предположениях о своих психологических свойствах мыслит о многом интуитивно, следует также предполагать регулятивную роль выраженности интуитивного стиля субъекта – его доверия интуиции – в построении самопонимания. Другой аспект самосознания фиксируется переменными психологической рациональности и рефлексивности.

сивности. Включенность в психологическую разумность ориентировки на эмоциональные составляющие своего внутреннего опыта позволяет предполагать о связи психологической разумности с эмоциональным интеллектом, а также личностным интеллектом.

Онкологическое заболевание оказывает на психику пациента двойное влияние — соматогенное и психогенное. Эта тяжелая в соматическом плане патология ведет к психической и физической астении, к истощению, что сказывается на психической деятельности и может вызывать соматогенные психические расстройства. Однако и сам факт заболевания является серьезной психической травмой, учитывая распространенные в обществе представления о раке и о судьбе этих больных. Клинико-психологические особенности и поведенческие паттерны 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 (Е. Ф. Бажин, А. В. Гнездилов)

Исследование было проведено на базе Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского.

В исследовании приняли участие пациенты хирургических отделений в количестве 25 человек: из них 12 человек, находящихся в предоперационном периоде, и 13 человек уже прошедших процедуру хирургического вмешательства. В ходе исследования была поставлена следующая гипотеза: психологическая разумность онкологических больных людей, нуждающихся в оперативном хирургическом вмешательстве, будет ниже, чем у людей перенесших операционный процесс. Данная гипотеза была выдвинута исходя из описанных психологических составляющих каждого из этапов заболевания, и наступления психологического облегчения на послеоперационном этапе.

Из результатов, полученных по данным опросника рефлексивности Карпова видно, что в категории дооперационных пациентов преобладает средний показатель рефлексивности – 84%, а у 16% наблюдается низкий показатель рефлексивности, что указывает на то, что большинство пациентов этой группы способны осознанно приходить к оцениванию себя или другого человека в контексте сложившейся ситуации и не действовать импульсивно. Если же говорить про категорию послеоперационных пациентов, то здесь результаты довольно усреднились, 61,5% - средний показатель рефлексивности и 38,5% - низкий показатель рефлексивности, что указывает на более распространенную слабость компонента осознанности.

Результаты диагностики эмоционального интеллекта в двух категориях пациентов оказались относительно схожи, у дооперационных пациентов: 25% - высокий показатель, 33% - средний показатель, 33% - низкий показатель, 8% - очень низкий показатель; у послеоперационных пациентов: 23% - очень высокий показатель, 31% - средний показатель, 46% - очень низкий показатель. При объединении очень высокого показателя с высоким и очень низкого с низким, можно увидеть, что процент пациентов с той или иной выраженностью эмоционального интеллекта одинаков в обеих группах.

Теперь следует перейти к самой важной части исследования, а именно к шкале “психологической разумности”. И для начала будет рассмотрена шкала “заинтересованности в сфере собственных переживаний”. Дооперационные пациенты более склонны к обдумыванию собственных переживаний (32% - высокий показатель, 68% - средний), по сравнению с послеоперационными пациентами (78% - средний показатель, 22% - низкий), скорее всего здесь более важную роль играет сам момент операции, который и толкает людей на это.

Далее идет шкала “доступности переживаний”. Результаты получились практически идентичными, у дооперационных это: 58% - средний показатель, 42% - низкий; у послеоперационных это: 62% - средний показатель, 38% - низкий. Данные результаты не превышают показатели эмоционального интеллекта, потому что сфера наших переживаний намного шире, чем просто эмоции.

По данным шкалы “вера в пользу от обсуждения переживаний” выявлены следующие результаты: у дооперационных пациентов 24% - высокий показатель, 68% - средний, 8% - низкий; у послеоперационных 61% - средний показатель, 39% - низкий. Однако, по шкале “желание и готовность обсуждать свои переживания” был выявлен 100% низкий показатель у дооперационных пациентов, в то время как у послеоперационных этот показатель 78% и 22% - средний, это указывает на то, что данные пациенты не готовы открывать свои переживания людям, даже если и верят в пользу от их обсуждения.

И последняя шкала “открытость изменениям, даже если они сопряжены с риском”, которая также может подразумевать под собой сам хирургический процесс для дооперационных больных. У категории дооперационных пациентов нет какого-либо преобладающего значения (24% - высокий показатель, 42% - средний, 34% - низкий), в то время как у послеоперационных пациентов явно вырвался средний показатель (77%), что скорее всего отражает нейтральность к чему-то новому, ведь худшее

(операция) уже позади, и остальные результаты распределились следующим образом: 8% - высокий показатель, 15% - низкий показатель.

Таким образом, анализируя результаты отдельных шкал, уже можно сделать вывод, что общий уровень психологической разумности лиц дооперационного периода незначительно отличается от уровня психологической разумности лиц, прошедших через этот процесс. Что и отобразилось в общем результате, в обеих группах пациентов получился 100% средний уровень психологической разумности, это значит, что пока личность находится в ситуации онкологического заболевания, она может испытывать проблемы в интерпретации происходящего и всего, что ее окружает и при этом не готова высказать эти чувства.

Выводы. Уровень рефлексивности данной группы пациентов не превышает среднего уровня, что указывает на возможность как действовать и осознанно, так и импульсивно в различных ситуациях;

Эмоциональный интеллект превалирует у данных пациентов в разной степени и конкретного выделения не происходит;

Уровень психологической разумности данной категории пациентов можно обозначить как средний, это значит, что пока личность находится в ситуации онкологического заболевания, она может испытывать проблемы в интерпретации происходящего и всего, что ее окружает и при этом не готова высказать эти чувства.

Список литературы

1. Виноградов М. В. Типы психических реакций в предоперационной (стрессовой) ситуации и индивидуальная направленная премедикация : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1972.
2. Карпов А. В. Рефлексивность как психическое свойство и методики её диагностики // Психологический журнал. 2003. Т. 24, № 5. С. 45–57.
3. Корнилова Т. В. Новый опросник толерантности к неопределенности // Психологический журнал. 2010. Т. 31, № 1. С. 74–86.
4. Урванцев Л. П. Психология соматического больного. Ярославль, 2000.
5. Люсин Д. В. Новая методика для измерения эмоционального интеллекта: опросник ЭИИ // Психологическая диагностика. 2006. № 4. С. 3–22.
6. Новикова М. А., Корнилова Т. В. “Психологическая разумность” в структуре интеллектуально-личностного потенциала (адаптация опросника) // Психологический журнал. 2014. Т. 34, № 1. С. 95–110.
7. Малкина-Пых И. Г. Психотерапия онкологических заболеваний // Московский психологический журнал. 2005. № 12.
8. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. СПб.: Речь, 2005. 445 с.
9. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. М. : МЕДпресс, 2002. 587 с.

10. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М. : Ин-т позитивной психиатрии, 2006. 464 с.
11. Русина Н. А. Адаптационные ресурсы онкологических больных // Профилактическая и клиническая медицина. 2011. Т. II, № 2. С. 283–285.
12. Русина Н. А. Адаптивные ресурсы онкологических и хирургических больных // Развитие психологии в системе комплексного человекознания. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. Ч. 2. С. 620–623.
13. Русина Н. А. Психологический статус и адаптационные ресурсы онкологических больных // Российский медико-биологический вестник им. акад. И. П. Павлова. 2012. № 3. С. 115–121.
14. Практический интеллект / Р. Дж. Стернберг, Д. Б. Форсайт, Д. Хедланд [и др.]. СПб. : Питер, 2002. С. 88.
15. Beitel M., Ferrer E., Cecero J. Psychological mindedness and cognitive style // Journal of Clinical Psychology. 2004. Vol. 60, № 6. P. 567–582.
16. Conte H., Ratto R., Karasu T. The Psychological Mindedness Scale: Factor structure and relationship to outcome of psychotherapy // Journal of Psychotherapy Research and Practice. 1996. № 5. P. 250–259.
17. Farber B. The genesis, development and implications of psychological mindedness in psychotherapists // Psychotherapy. 1985. Vol. 22. P. 170–177.
18. Fogel G. Psychological mindedness as defense // Journal of the American Psychoanalytic Association. 1993. Vol. 43. P. 793–822.
19. Mayer J., Panter A., Caruso D. Does personal intelligence exist? Evidence from a new ability-based measure // Journal of Personality Assessment. 2012. Vol. 94. P. 124–140.
20. Werman D. Chance, ambiguity, and psychological mindedness // Psychoanalytic Quarterly, 1979. Vol. 48. P. 107–115.

УДК 159.923-053.6

ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ ИГРОВОЙ И ИНТЕРНЕТ- ЗАВИСИМОСТЕЙ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

К. А. Онянова, Ю. В. Живаева

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

Аннотация. Целью данного исследования является изучение возможности коррекции Игровой и Интернет зависимостей детей подросткового возраста посредством тренинга. В данный период времени очень мало работ, особенно в русскоязычной литературе, посвящено изучению данной проблемы. Но стоит сказать, что большинство подростков если и зависят от компьютера, то охотно идут на профилактику, понимая все последствия данной зависимости.

Ключевые слова: игровая зависимость, интернет зависимость, лудомания, компьютерная зависимость.

Актуальность. Современное общество находится на невероятном этапе развития. Компьютерные сети и игры – новая ступень социальной реальности. Обществу больше не нужно ходить в библиотеки, на концерты, покупать альбомы любимых групп, ходить по магазинам. Любую, нужную и ненужную информацию можно найти в сети. Встречи с друзьями сменились диалогами в социальных сетях, а развлечения на компьютерные игрушки. Появились новые виды психологического расстройств – интернет-зависимость и игровая зависимость.

Немногочисленные психологические и социальные исследования, проведённые в некоторых странах мира, далеко не исчерпывают эту актуальную проблематику. Международное сообщество, признало наличие «игровой угрозы» и ввело в реабилитационную практику специальный медицинский термин данному виду зависимости – лудомания (Международный код F 63.0).

В данной работе изучается проблема Игровой и Интернет зависимостей у подростков. Этот возраст наиболее подвержен различным отклонениям в поведении.

Актуальность исследования Игровой и Интернет зависимостей в подростковом возрасте определяется, во-первых, постоянным увеличением числа подростков – пользователей Интернета и так называемых “геймеров” (только с 2006 по 2010 год число подростков, проводящих за компьютером более трех часов в день, увеличилось в четыре раза), во-вторых, тем, что подобные пристрастия оказывают пагубное влияние на психику ребенка, в-третьих, на данный момент времени, проблема Игровой и Интернет зависимостей подростков только начинает изучаться. Очень мало работ посвящено исследованию этой проблемы, в русскоязычной литературе данная проблема практически не рассматривается.

Таким образом, целью данной работы является изучение возможности профилактики Игровой и Интернет зависимостей детей подросткового возраста посредством программы тренинга.

Исследование было проведено в МОУ СОШ №149 города Красноярска. Основным предметом деятельности школы является реализация образовательных программ начального общего, основного общего и среднего (полного) общего образования, программ углубленного и профильного изучения предметов естественно-математического, информационно-тех-

нологического и других профилей. Исследование проводилось в специально отведенное время для классных часов.

В исследовании приняли участие учащиеся восьмых классов в количестве 35 человек: 19 человек 8 «А» класса и 16 человек 8 «Д» класса и 1 педагог-психолог, привязанный к классу исследуемых подростков. Полученные данные были проанализированы и наглядным образом представлены на диаграммах.

Для исследования Игровой и Интернет зависимостей у подростков были подготовлены два теста и беседа. Для выявления уровня зависимости от компьютерных игр был использован тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр, С.В. Красновой (Краснова Казарян, Тундалева и др., 2009). Для исследования уровня Интернет - зависимости был использован тест Кимберли-Янг на Интернет-зависимость.

В ходе исследования были выявлены следующие результаты диагностики 8 «А» класса, по методике «Тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр» С.В. Красновой. Было протестировано 19 человек.

Анализируя результаты исследования по методике «Тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр» С.В. Красновой, можно констатировать, что высокие баллы уровня зависимости от компьютерных игр выявлены у 37% исследуемых. Для 16% исследуемых характерна некоторая зависимость от компьютерных игр. У 47% как таковой Игровой зависимости нет.

Анализируя некоторые комментарии подростков в данной анкете, можно сделать вывод, что во многом проводить большое количество времени за компьютером, в частности за играми, им не позволяют родители, у кого-то забирают шнур, у кого-то стоит пароль на компьютере, так же некоторые написали, что их это не интересует.

Если говорить уже об Интернет – зависимости, тут результаты схожи с результатами теста на Игровую зависимость. Анализируя результаты теста Кимберли-Янг на Интернет-зависимость, можно констатировать, что у 37% подростков есть Интернет – зависимость. У 26% - есть некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом. У 37% подростков нет зависимости вообще.

Исходя из беседы с подростками, подобные результаты ожидаемы, сейчас в Интернет можно выйти не только с компьютера, но и с планшета и телефона. Телефоны есть у всех, у большинства планшеты. Поэтому выход в Интернет для них не составляет труда, где бы они не находились, многие говорили, что даже ночью выходят в Сеть. На вопрос, что они там

делают, большинство заявило, что в основном для общения с друзьями, кто-то говорил о чтении интересных статей, кто-то толковой причины вообще назвать не мог. Но абсолютно все назвали еще одной причиной – поиск информации для учебы.

В результате проведенной диагностики в 8 «Д» классе, мы получили следующие результаты по методике «Тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр» С.В. Красновой. Было протестировано 16 человек. Анализируя результаты исследования по «Тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр» С.В. Красновой, можно констатировать, что высокие баллы уровня зависимости от компьютерных игр выявлены у 37% исследуемых. Так же для 19% исследуемых характерна некоторая зависимость от компьютерных игр. У 44% как таковой Игровой зависимости нет.

Из комментариев подростков, о помехах большего времяпровождения за компьютерными играми, стало ясно, что, так же как и в 8 «А» классе, большинству мешают родители, часть из них так же не имеет интереса к компьютерным играм вообще.

Анализируя результаты тестов на Интернет-зависимость подростков по тесту Кимберли-Янг на Интернет-зависимость, можно констатировать, что у 50% подростков есть Интернет – зависимость. У 25% - есть некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом. У 25% подростков нет зависимости вообще.

Исходя из беседы с подростками, о причинах их пребывания в Сети большинство, как и 8 «А» класс сказали, что в основном беседуют с друзьями, меньшая часть подростков используют Интернет для чтения каких-либо статей, но никого не нашлось, кто бы просто так выходил в Интернет. И, так же как и в 8 «А» классе, абсолютно все сказали, что ищут информацию для учебы. Большинство подростков для выхода в Сеть используют не компьютеры, а телефоны и планшеты.

Говоря об общих результатах исследования в двух классах, то по методике «Тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр» С.В. Красновой, то из 35 опрошенных подростков, зависимы от компьютерных игр – 26%, имеют некоторую зависимость – 12%, не зависимы вообще – 62% опрошенных.

Если же говорить об Интернет – зависимости, то по результатам теста Кимберли-Янг на Интернет-зависимость, то зависимы от Интернета – 48%, имеют некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом – 29% опрошенных подростков, и не имеют зависимости вообще – 23%.

Таким образом, исходя из проведенного исследования, можно сделать вывод, что большинство подростков более подвержены Интернет – зависимости, нежели Игровой зависимости. Исходя из беседы с подростками подобный результат был ожидаем, у части подростков как такового компьютера в доме нет вообще, либо доступ к нему ограничивают родители, в Интернет же выйти проще, так как есть возможность сделать это с телефона или планшета. Так же подростки в Интернете могут реализовывать свою социальную жизнь, общаться на различные темы и даже быть теми, кем не являются.

После проведения исследования, включающего в себя тест Кимберли-Янг на Интернет-зависимость, «Тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр» С.В. Красновой, личную беседу с каждым учеником, была выбрана контрольная группа для дальнейшего проведения психопрофилактической работы, направленной на профилактику Игровой и Интернет зависимостей.

Цель: изменение ценностного отношения детей и подростков к проблеме компьютерной и интернет зависимости и формирование личной ответственности подростков за своё поведение.

Задачи:

1. Формирование благоприятного психологического климата в группе;
2. Формирование «антизависимых» установок в среде подростков по предотвращению возникновения компьютерной и игровой зависимостей;
3. Сплочение группы;
4. Развитие умения работать в группе.

Психопрофилактическая программа профилактики Игровой и Интернет зависимостей предназначен для подростков 11-15 лет.

Форма проведения тренинга: групповая.

Метод проведения тренинга: психологические упражнения, небольшие лекции.

Время прохождения тренинга: 2 недели.

Длительность одного занятия: 45 минут.

Программа рассчитана на детей подросткового возраста МОУ СОШ №149 в количестве 35 человек, средний возраст исследуемых 14-15 лет.

Данная программа рассчитана на три занятия. Частота встреч 2 раза в первую неделю и раз во вторую в первой половине дня. Приблизительная продолжительность одного занятия 45 минут.

Для выявления эффективности тренинга, направленного на коррекцию Игровой и Интернет зависимостей детей подросткового возраста,

было проведено повторное исследование. Результаты диагностик были обработаны. 8 «А» класс являлся контрольной группой, 8 «Д» экспериментальной. После проведения тренинга в 8 «Д» классе уровень Игровой и Интернет зависимостей снизился, в отличие от 8 «А» класса, в котором тренинг не проводился. В 8 «А» классе уровни Игровой и Интернет зависимостей остались теми же.

Психопрофилактическая работа направлена на формирование личностных ресурсов, обеспечивающих развитие у детей и подростков социально-нормативного жизненного стиля с доминированием здорового образа жизни, действенной установки на грамотное и ответственное умение пользоваться мультимедийными средствами, а также на ресурсы семьи. Внедрение в образовательную среду инновационных педагогических и психологических технологий, обеспечивающих развитие здорового образа жизни, а также технологий раннего обнаружения случаев развития компьютерной и игровой зависимости среди несовершеннолетних, определяют необходимое стратегическое направление первичной профилактики компьютерной и игровой зависимости.

Список литературы

1. Бабаева Ю. Д., Войскуновский А. Е., Смыслова О. В. Интернет: воздействие на личность. Гуманитарные исследования в Интернете. М.: Можайск-Терра, 2010. 431 с.
2. Бабаева Ю. Д., Войскуновский А. Е. Психологические последствия информатизации // Психологический журнал. 2008. Т. 19, № 1. С. 89–100.
3. Балонов И. М. Компьютер и подросток. М.: Эксмо, 2008. 58 с.
4. Войскуновский А. Е. Психологические исследования феномена интернет-аддикции // 2-я Российская конференция по экологической психологии : тез. (Москва, 12-14 апреля 2008 г.). М.: Экспоцентр РОСС, 2008. С. 251–253.
5. Выгонский С. И. Обратная сторона Интернета. Психология работы с компьютером и сетью. М.: Феникс, 2010. 320 с.
6. Дрепа М. И. Интернет-зависимость как объект научной рефлексии в современной психологии // Знание. Понимание. Умение. 2009. № 2. С. 189–193.
7. Жичкина А. Е., Белинская Е. П. Самопрезентация в виртуальной коммуникации и особенности идентичности подростков-пользователей Интернета // Образование и информационная культура. Социологические аспекты. Труды по социологии образования. М., 2009. С. 431–460.
8. Как справиться с компьютерной зависимостью / С. В. Краснова, Н. Р. Казарян, В. С. Тундалева, Е. В. Быковская, О. Е. Чапова, М. О. Носатова. М.: Бис-принт, 2009. 45 с.
9. Янг К. Диагноз - Интернет-зависимость. СПб: Мир Интернет, 2008. 29 с.

КОРРЕКЦИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Е. В. Островская, Ю. В. Живаева

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

Аннотация. Целью данного исследования является изучение возможности коррекции агрессивного поведения детей в младшем школьном возрасте посредством тренинга. Проблема агрессивности младших школьников является крайне актуальной для современного общества. Рост агрессивных тенденций, распространение насилия и жестокости, отмечаемые в детской среде, вызывают озабоченность педагогов и родителей. Особое беспокойство вызывает культ насилия на экране, демонстрация моделей агрессивного поведения в средствах массовой информации, а также увлеченность современных детей видео и компьютерными играми агрессивного содержания.

Ключевые слова: агрессия, агрессивное поведения, отклоняющееся поведения, компромисс.

Актуальность. С проблемой агрессивного поведения детей, так или иначе, сталкиваются родители, педагоги, психологи. Необходимость оказания психологической помощи агрессивным детям приводит к тому, что особую значимость приобретают исследования, посвященные истокам агрессивности и ее коррекции. Рост агрессивных тенденций, распространение насилия и жестокости, отмечаемые в детской среде, вызывают озабоченность педагогов и родителей. Особое беспокойство вызывает культ насилия на экране, демонстрация моделей агрессивного поведения в средствах массовой информации, а также увлеченность современных детей видео и компьютерными играми агрессивного содержания. Поскольку наиболее важна коррекция агрессивности на ранних этапах онтогенеза, в период, когда закладываются основные личностные характеристики, то особенно актуально изучение проблемы коррекции агрессивности у детей младшего школьного возраста и условий ее эффективности.

В раннем и дошкольном детстве агрессивные проявления встречаются у значительного числа детей как отражение слабой социализированности личности и отсутствия у них социально принятых коммуникативных

навыков. Постепенно под влиянием общения с окружающими на смену деструктивным формам взаимодействия приходят новые социализированные формы поведения (Личко, Попов, 2008)

Агрессия - одно из наиболее ярких проявлений эмоции, характерных для всех возрастных групп, включая детей. Важнейшими факторами формирования агрессивных действий детей являются культурный контекст, родители и сам ребенок.

Издавна проблема агрессивного поведения людей была одной из самых сложных и интересных проблем психологии и педагогики. В одних и тех же жизненных ситуациях люди реагируют по-разному, иногда с некоторой долей агрессии. Поэтому важно выявить своевременно причины агрессивного поведения и учитывать эти причины в практике общения.

Агрессивность как психологический феномен включает в себя такие личностные особенности, как мстительность, нетерпимость к чужому мнению, подозрительность, вспыльчивость, обидчивость, неуступчивость, наступательность, бескомпромиссность и др.

Исследование проводилось с целью изучения проблемы детской агрессии в младшем школьном возрасте и разработке психокоррекционной программы по ее снижению. Исследование было проведено в МБОУ СОШ №18 города Красноярска. Исследование проводилось во время основных занятий. В исследовании приняли участие учащиеся 4 класса в количестве 30 человек, из них 8 мальчиков и 12 девочек.

Для выявления уровня агрессии у детей нами была использована методика «Диагностика состояния агрессии» Басса-Дарки.

Анализируя результаты исследования по методике «Диагностика состояния агрессии» Басса-Дарки, можно констатировать, что высокие баллы общего уровня агрессии выявлены у 13% исследуемых. Для 33% исследуемых характерен средний уровень общей агрессии, у 54% исследуемых он находится в пределах нормы. Очень высокой агрессивности выявлено не было. Согласно результатам исследования агрессивности учащихся в группе преобладают лица с высоким уровнем подозрительности, вербальной агрессии и повышенным чувством вины. Это говорит о том, что испытуемые выражают в большей степени негативные чувства в форме крика, визга, угроз;

- очень осторожны по отношению к людям, не доверчивы, порой считают, что другие люди планируют и приносят вред;

- повышенное чувство вины выражает возможное убеждение субъекта, что он является плохим человеком, что поступает зло, а также ощущает угрызения совести.

Фиксированность на себе, ожидание враждебности со стороны окружающих не позволяет такому ребёнку увидеть другого во всей его полноте и целостности, пережить чувство связи и общности с ним. Поэтому для таких детей недоступно сочувствие, сопереживание или содействие.

Из результатов исследования можно сделать вывод о том, что у школьников преобладает компромисс, как соглашение между участниками конфликта, достигнутое путем взаимных уступок. Наименьшую выраженность имеет приспособление. Таким образом, большинство младших школьников готовы пойти на компромисс, но не готовы принести в жертву собственные интересы ради другого.

На основании данных исследования и теоретического анализа имеющихся исследовательских работ в контексте данной проблематики мы разработали психологические рекомендации по коррекции агрессии у младших школьников:

Коррекционная работа по профилактике отклоняющегося поведения с детьми имеет свои особенности. На начальных этапах не показаны групповые формы. Не говоря уже о практически неизбежной отрицательной консолидации подростков в группе, индивидуальная работа с подростком является более эффективной. С самого начала, параллельно, необходимо начинать работу с семьёй. После диагностики семейных отношений и степени их дисгармоничности должна следовать психокоррекционная работа как индивидуальная, так и групповая. Но основной акцент следует делать на индивидуальной работе с ребёнком. Совершенно неэффективными оказываются общие беседы о необходимости «хорошо себя вести».

Особое место в коррекционной работе следует уделять формированию круга интересов ребёнка также на основе особенностей его характера и способностей. Необходимо стремиться к максимальному сокращению периода свободного времени – «времени праздного существования и безделья» за счёт привлечения к положительно формирующим личность занятиям: чтение, самообразование, занятие музыкой, спортом, и т.д. (Семенюк, 2012).

Исходя из того, что развитие ребёнка осуществляется в деятельности, а он стремится к утверждению себя, своей позиции, как взрослый, среди взрослых, то необходимо обеспечить включение ребёнка в такую деятельность, которая лежит в сфере интересов взрослых, но в то же время создаёт возможности младшего школьника реализовать и утвердить себя на уровне взрослых.

Во-первых, требуется проявление со стороны родителей безусловной любви к ребёнку в любой ситуации. Нельзя допускать высказываний,

наподобие следующих: «если ты себя так поведешь..., то мама с папой тебя больше любить не будут!». Нельзя оскорблять ребенка, обзывать его. Проявлять недовольство надо именно действием, поступком, принимая личность ребенка в целом.

Если ребенок просит вас поиграть с ним, уделить ему внимание, а вы в данный момент не можете этого сделать, то не отмахивайтесь от малыша, тем более, не раздражайтесь на него за назойливость. Лучше покажите ему, что вы понимаете его просьбу и объясните, почему в данный момент вы ее выполнить не можете: «Ты хочешь, чтобы я почитала тебе книжку? Малыш, мама тебя очень сильно любит, но я так устала на работе. Пожалуйста, поиграй сегодня один». И еще один важный момент - не надо откупаться от ребенка дорогими игрушками, подарками и т.п. Для него гораздо важнее и нужнее ваше непосредственное внимание.

Уважайте личность в вашем ребенке, считайтесь с его мнением, воспринимайте всерьез его чувства. Предоставляйте ребенку достаточную свободу и независимость, за которую ребенок будет сам нести ответственность. В тоже время покажите ему, что в случае необходимости, если он сам попросит, готовы дать совет или оказать помощь. У ребенка должна быть своя территория, своя какая-то сторона жизнь, вход на которую взрослым позволен только с его согласия.

Покажите ребенку конечную неэффективность агрессивного поведения. Объясните ему, что даже если вначале он и достигнет для себя выгоды, например, отнимет у другого ребенка понравившуюся игрушку, то впоследствии с ним никто из детей не захочет играть, и он останется в гордом одиночестве.

Необходимо устанавливать социальные правила поведения в доступной для ребенка форме. Например, «мы никого не бьем, и нас никто не бьет». Для детей в возрасте четырех лет и старше требования могут быть более подробными. Можете заявить: «В нашем доме существует правило: если тебе нужна игрушка, а ею играет другой ребенок и не дает ее тебе, подожди» (Степанов, 2005).

Родители должны научить ребёнка договариваться, отстаивать своё мнение, подтверждать свою силу словами, манерой поведения, а не кулаками. Активным, склонным к агрессивному поведению младшим школьникам необходимо создать условия, позволяющие им удовлетворять потребность в движении, дать им больше возможностей разряжать накопившуюся негативную энергию, например, в спортивных секциях, спортивных уголках дома и в школе, где можно лазить, прыгать, бросать мяч и т.д.

Список литературы

1. Личко А. Е., Попов Ю. В. Делинквентное поведение, алкоголизм и токсикомании у подростков. М., 2010.
2. Семенюк, Л. М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции. М., 2012.
3. Степанов В. Г. Психология трудного школьника. М., 2005.
4. Фурманов И. А. Детская агрессивность: психодиагностика и коррекция. Минск, 2006.
5. Чижова С. Ю., Калинина О. В. Детская агрессивность. М.: Академия развития, 2010.
6. Шипицына Л. М., Иванов Е. С. Нарушения поведения учеников вспомогательной школы. Уэлс, Великобритания, 2011.

УДК 159.9.072

ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Т. Ю. Павличенко, Ю. В. Живаева

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

Аннотация. Целью данной работы является изучение возможности коррекции тревожности посредством тренинга у подростков. Не зная причин возникновения тревоги, механизмов ее развития, преобразования, превращения в другие состояния, зачастую просто невозможно разобратся в том, что происходит с подростком, каковы истинные мотивы его поступков и, главное, как ему помочь.

Ключевые слова: тревога, тревожность, подросток, эмоциональная неустойчивость.

Актуальность. Проблема детской тревожности, как основы эмоциональных расстройств, в настоящее время является междисциплинарной. Она относится не только к области детской психиатрии, но и к сфере интересов возрастной, педагогической, медицинской психологии. Уже само понятие «тревога» используется в различных значениях, что порождает неопределенность его трактовки на семантическом уровне. Тревогу рассматривают и в качестве преходящего психического состояния, возникающего под воздействием стрессогенных факторов, и как феномен, сопутствующий фрустрации социальных потребностей, и в качестве специфического личностного свойства.

Разногласия в дефинициях не мешают большинству исследователей считать, что определенные ситуации или события, способные привести к фиксации страхов в детском возрасте, имеют влияние на дальнейшее поведение и личностные реакции человека. Многие авторы убеждены, что эмоциональные расстройства детей не проходят бесследно, а способствуют возникновению в последующем своеобразных личностных характеристик, нервно-психических и психосоматических отклонений.

Конечно, не только тревога служит причиной нарушений поведения, психического и социального здоровья человека — существуют и другие психологические механизмы неблагоприятных вариаций в развитии личности ребенка или подростка. Однако большая часть проблем, с которыми родители «трудных детей» обращаются к психологу и психотерапевту, большая часть явных нарушений, препятствующих нормальному ходу обучения и воспитания, в своей основе связаны с эмоциональной неустойчивостью ребенка, то есть в конечном итоге - с тревогой. Не зная причин возникновения тревоги, механизмов ее развития, преобразования, превращения в другие состояния, зачастую просто невозможно разобраться в том, что происходит с ребенком, каковы истинные мотивы его поступков и, главное, как ему помочь.

Повышенный уровень тревожности свидетельствует о недостаточной эмоциональной приспособленности ребенка к тем или иным социальным ситуациям. Данные исследований Дж. Рейха, Дж. Хенсера, В. Майера (1986) указывают на то, что состояние тревоги связано с изменением когнитивной оценки окружающего мира и самого себя. Экспериментально-психологическое определение степени тревожности предполагает раскрытие внутреннего отношения ребенка к определенной ситуации, дающее косвенную информацию о характере взаимоотношений ребенка со сверстниками и взрослыми в семье и школе.

Цель работы: изучение возможности коррекции тревожности посредством тренинга у подростков.

Нами были поставлены следующие задачи:

1. систематизировать теоретический материал по проблеме тревожности в подростковом возрасте;
2. подобрать диагностический инструментарий и провести диагностику;
3. разработать и апробировать программу тренинга, направленного на коррекцию тревожности;
4. На основе полученных результатов исследования разобрать выводы и рекомендации

Гипотеза: реализация тренинга направленного на коррекцию уровня тревожности позволит изменить уровень тревожности у детей подросткового возраста.

База исследования: Исследование было организовано и проведено на базе красноярского института водного транспорта – филиал «СГУВТ». Выборка исследования представлена учащимися первого курса филиала «СГУВТ» в количестве 20 человек. Возрастной диапазон исследуемых 15-17 лет.

С целью исследования тревожности в качестве диагностического инструментария мы использовали методику диагностики самооценки Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханина (оценка ситуативной и личностной тревожности).

Первый этап исследования проведен с целью диагностики тревожности у детей подросткового возраста. Второй этап исследования состоял из разработки и проведения программы тренинга, на снижение уровня тревожности у подростков. Третий этап исследования заключался в отсроченном повторном проведении методик для оценки эффективности разработанной программы тренинга. Основной идеей любого из разработанных тренингов заключается в том, чтобы произвести содействие процессу личностного развития, реализации творческого потенциала, достижению оптимального уровня жизнедеятельности и ощущения счастья и успеха, преодолеть стереотипы, прежде всего, в общении с окружающими людьми в различных социальных сферах.

В результате проведения психодиагностического исследования выявлено, что по первой шкале методики диагностики уровня тревожности Ч. Д. Спилбергер, Ю. Л. Ханина высокий уровень тревожности выявлен у 5% исследуемых (1 человек), что может говорить о склонности к появлению состояния тревоги у человека в ситуациях оценки его компетентности, средний уровень тревожности характерен так же для 16% испытуемых (3 человека), что характеризует оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги», у 57% испытуемых выявлен низкий уровень тревожности (12 человек), требуется повышение внимания к мотивам деятельности и повышения чувства ответственности, и для 22% характерен очень низкий уровень тревожности 4 человека), что иногда является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем свете».

Данные по второй шкале: для 22% испытуемых характерен средний уровень тревожности (5 человек), низкий уровень тревожности характерен так же для 65% испытуемых (13 человек) и у 13% испытуемых выяв-

лен очень низкий уровень тревожности (2 человека). Наглядно результаты представлены в рисунке 1.

Таблица 1 – Методика диагностики уровня тревожности (Ч. Д. Спилбергер, Ю. Л. Ханин)

Шкалы	Очень низкий уровень тревожности	Низкий уровень тревожности	Средний уровень тревожности	Высокий уровень тревожности	Очень высокий уровень тревожности
Шкала личностной тревожности	22%	57%	16%	5%	0%
Шкала ситуационной тревожности	13%	65%	22%	0%	0%

Для выявления продуктивности тренинга, направленного на снижение уровня тревожности у детей подросткового возраста. Для определения статистической достоверности различий между данными выборок нами был проведен расчет t-критерия Стьюдента. Результаты первичной и повторной диагностик статистически достоверно различаются с вероятностью допустимой ошибки меньше 0,05 по всем шкалам методики. Таким образом, мы считаем, что созданные нами условия, способствующие снижению тревожности, в качестве профилактики тревожности у детей подросткового возраста.

Список литературы

1. Астапов В. Н. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Психологический журнал. 1992. № 5. С. 111–117.
2. Адаптированный модифицированный вариант детского личностного опросника Р. Кеттела : метод. рекомендации / Э. М. Александровская, И. Н. Гильяшева. Л., 1985.
3. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. СПб.: Питер, 2002. 240 с.
4. Андреева А. Д. Диагностика эмоционального отношения к учению в среднем и старшем школьном возрасте // Научно-методические основы использования в школьной психологической службе конкретных психодиагностических методик. М., 1988. 230 с.
5. Божович Л. И. Проблемы формирования личности: Избранные психологические труды / под ред. Д. И. Фельдштейна. М. : Ин-т практической психологии, Воронеж : НПО «МОДЭК», 1995. 345 с.

ФОРМИРОВАНИЕ ФЛЕКСИБИЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Е. В. Первухина, Ю. В. Живаева

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

Аннотация. В данной статье рассмотрено формирование флексибильности у пациентов онкологического диспансера по средствам тренинга. Проанализированы и сравнены данные первичной и повторной диагностики, полученные до и после проведенного тренинга с помощью методик направленных на изучение психической ригидности. В заключении приведены выводы и эффективность проведенной работы.

Ключевые слова: психическая ригидность, флексибильность, ригидность как состояние, интернальность - экстернальность, тренинг, онкологический диспансер.

Актуальность. Для реализации способностей и возможностей человека является важным такое общесистемное свойство, как психическая ригидность. У онкобольных наблюдается установка на соблюдение некой дистанции в общении и образовании дружеских отношений. Поэтому в трудных ситуациях они с трудом воспринимают поддержку со стороны. Противоположное ригидности свойство обозначается термином «флексибильность». Флексибильность – это способность индивидуума изменить свою психическую установку или легко приспособиться к изменившейся ситуации. Под личностной флексибильностью понимается носящая положительную окраску способность индивида легко отказываться от несоответствующих ситуации или задаче средств деятельности, приемов мышления, способов поведения и вырабатывать или принимать новые, оригинальные подходы к разрешению проблемной ситуации при неизменных целях и идейно-нравственных основаниях деятельности.

Есть работы, указывающие на роль ранней детской или юношеской, не пережитой психологической травмы у больных онкологией. В результате ее, психическая жизнь больных редуцировалась, что проявлялось в ограничении диапазона реагирования и способствовало созданию ригидных связей с окружающими, утрата которых приводила к отчаянию. Отчаяние не имело выхода: они переживали его «в себе», были не способны излить свою боль, обиду, гнев или враждебность на других. Присущая им ригид-

ность, не позволяющая выйти за пределы стереотипов поведения, делала их зависимыми от окружающих и мешала строить отношения с ними на основе доверия к себе, признания ценности и уникальности своей собственной жизни (Бокова, 2000).

Тема психическая ригидность у людей с онкологическим диагнозом актуальна, так как можно отметить увеличение количества заболевших людей. По данным ВОЗ, каждый год заболевают 10 млн. человек. Психические расстройства различной степени выраженности (от психологических до 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, повышено 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 симптомокомплекса со специфическими клиническими проявлениями. Вследствие констелляции перечисленных патогенных для психики факторов у людей с онкологическим диагнозом резко возрастает риск суицидальных тенденций. Количество суицидальных попыток при онкологических заболеваниях значительно превышает подобный показатель при иных соматических заболеваниях. Этот факт лишний раз указывает на то, что, во-первых, существуют некоторые отличительные особенности психических переживаний при онкологических заболеваниях, во-вторых, ни одно из существующих заболеваний не несет в себе столь мощной стрессующей нагрузки, как злокачественная опухоль. Частота и выраженность психических реакций на онкологическую патологию зависит во многом от локализации и характера болезненного процесса, наличия метастазов и некоторых других факторов (Галажинский, 2000).

Следует отметить, что поиск корреляций между тяжестью онкологического заболевания и тяжестью психологических переживаний беспред-

метен, 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». Вследствие этого можно считать нецелесообразным указание на глубину психогенных реакций у онкологически больных трех видов: реакции легкой, тяжелой и средней степени. Даже суицидальные попытки по сути не могут отражать объективной тяжести состояния, т.к. в процессе психического переживания участвуют как минимум два агента: объективное событие и личность со спецификой отношения к событию (Галажинский, 2000).

Проблема ригидности, у данной категории больных, в основном, особо заметна после постановления клинического диагноза, так как, зачастую, онкобольным приходится менять образ жизни, ломаются сложившиеся жизненные стереотипы, требуется адаптация к заболеванию, социально-психологическим условиям.

На сегодняшний день психологи испытывают острый недостаток в научно обоснованных программах ранней диагностики, профилактики и психокоррекции нарушений в развитии личности и психического здоровья человека, таким образом, актуальность данной работы состоит в необходимости разработки тренинга направленного на развитие гибкости у пациентов онкологического диспансера, для их успешной адаптации в изменяющемся мире.

С целью изучения возможности формирования гибкости у пациентов онкологического диспансера, посредством тренинга, нами было организовано и проведено исследование на базе Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. Крыжановского. Выборка исследования представлена разными категориями больных онкологией в количестве 20 человек. Средний возраст исследуемых 55 – 65 лет.

С целью исследования ригидности в качестве диагностического инструментария мы использовали Томский опросник ригидности (ТОР) Г.В. Залевского. Томский опросник ригидности (ТОР), созданный Г.В. Залевским и позволяющий оценить психическую ригидность как трудность в изменении программы поведения в целом или отдельных ее элементов в соответствии с требованиями изменяющейся ситуации (Залевский, 2005).

Анализируя показатели исследования людей с онкологическим диагнозом по шкале сенситивной ригидности, которая отражает эмоциональную реакцию человека на ситуации, требующие от него каких-либо изменений на новое, страх перед новым мы обнаруживаем, что у людей с онкологическим диагнозом 65% -это умеренный уровень проявления ригидности, высокий – 40%. Так же у людей с онкологическим диагнозом выявлен низкий уровень сенситивной ригидности, свидетельствующий об отсутствии страха перед новым - 20%.

По шкале установочной ригидности, которая отражает личностный уровень проявления психической ригидности, выраженный в позиции, отношении или установке на принятие-непринятие нового, необходимости изменения самого себя – самооценки, уровня притязаний, системы ценностей, привычек выявлено преобладание так же умеренного уровня в исследуемых выборках. У исследуемых людей с онкологическим диагнозом показатели умеренного уровня характерны для 50%. Соответственно высокий уровень выявлен у 40% испытуемых. Так же, по данной шкале, у 10% больных наблюдается низкий уровень психической ригидности.

PCO (ригидность как состояние) отражает, что в состоянии страха, стрессе, плохого настроения, утомления или болезни человек в высокой степени склонен к ригидному поведению, которое он может и не проявлять в обычных условиях. Высокий уровень характерен для 50% исследуемых людей с онкологическим диагнозом. У 35% исследуемых выявляется низкий уровень психической ригидности.

СКР (симптомокомплекс ригидности) отражает склонность к широкому спектру фиксированных форм поведения. Высокий уровень ригидности наблюдается у 30% испытуемых. У 65% выявляется умеренный уровень психической ригидности.

Актуальная ригидность, отражает неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы, модус переживания. По данной шкале, умеренная психическая ригидность наблюдается у 50% испытуемых, а у 40% наблюдается высокий уровень психической ригидности.

Преморбидная ригидность отражает то, что исследуемый уже в подростковом и юношеском возрасте испытывал трудности в ситуациях, требующих каких-либо перемен, нового подхода, решения. Высокий уровень выявлен у 35% исследуемых, у 55% исследуемых наблюдается умеренный уровень психической ригидности.

У 65% исследуемых по шкале СКР наблюдается умеренный уровень ПР, по этой же шкале наблюдается меньшее число испытуемых- 5%, у

которых наблюдается низкий уровень ПР. Очень высокий уровень ПР был выявлен только в шкале РСО у 5% испытуемых.

Анализ полученных данных показывает, что по шкалам Томского опросника ригидности Г.В. Залевского обнаружено преобладание умеренного и высокого уровня ригидности по всем шкалам. Следовательно, исследуемые в большей степени склонны к ригидному поведению, подвержены стереотипизации собственного опыта в силу сформировавшихся фиксированных установок, но при этом некоторые из них обладают способностью при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку.

На основании полученных данных и наблюдения можно сделать вывод о том, что исследуемые люди с онкологическим диагнозом в большинстве своем характеризуются не способностью изменить свое мнение, отношение при объективной необходимости.

По данным наблюдения за испытуемыми, у которых выявлены высокие показатели по шкалам мы можем сделать вывод, что эти больные в лечении ориентируются на четкие правила и предписания, четко следуют инструкциям. Такие больные, в общении, четко отвечают на заданные вопросы, в ситуации, где нужно проявить множество решений, испытуемые пользуются одним стандартным способом и не стараются избрать другого способа действия.

С целью проведения повторной диагностики в качестве диагностического инструментария мы использовали: Томский опросник ригидности (ТОР) Г.В. Залевского (Залевский, 2005).

В ходе анализа результатов повторной диагностики людей с онкологическим диагнозом по шкале СР (сенситивной ригидности), мы обнаруживаем, что у исследуемых снизился процент высоких показателей - 25%, показатели низкого уровня проявления ригидности, в свою очередь, возросли – 35%. Важно отметить, что по данной шкале у исследуемых очень высокие показатели не выявлены.

Анализируя данные по шкале УР (установочной ригидности), мы также можем говорить о снижении высоких показателей ригидности - 25%, с одновременным увеличением умеренных - 64% и низких показателей - 11%. Так же по данной шкале у исследуемых экспериментальной группы очень высокие показатели не выявлены.

По данным шкалы РСО (ригидность как состояние), после проведения тренинга у испытуемых показатели по шкале умеренный уровень увеличились-46%, высокие показатели незначительно увеличились- 41%, соответственно, показатели по шкале низкий уровень снизились- 13%, при этом показатели очень высокого уровня не выявлены.

Анализируя результаты исследования по шкале СКР (симптомокомплекс ригидности), можно отметить рост низких показателей ригидности, после проведения тренинговой программы - 20%, а также рост показателей умеренного уровня - 70%, с одновременным снижением высоких - 10%, показатели очень высокого уровня не выявлены.

Результаты исследования по шкале АР (актуальная ригидность) свидетельствуют о росте умеренных показателей - 65%, с одновременным снижением высоких - 20% и увеличением по шкале низких показателей - 15%, показатели очень высокого уровня не выявлены.

По шкале ПМР (преморбидная ригидность) показатели низкого уровня возросли - 25%, снизились показатели умеренного уровня - 45%, показатели высокого уровня не изменились.

Для выявления эффективности тренинга, направленного на формирование гибкости пациентов онкологического диспансера результаты первичной и повторной диагностик были обработаны при помощи U-критерия Мана-Уитни, позволяющего выявить достоверность различий. Сравнимые значения первичной и повторной диагностик. Статистически достоверно различаются с вероятностью допустимой ошибки меньше 0,05 по всем шкалам методики «Томский опросник ригидности» (ТОР) Залевского. На основании результатов статистической обработки мы можем прийти к заключению о том, что статистический анализ выявляет значимость различий между показателями первичной и повторной диагностик. Данный факт может свидетельствовать о том, что для формирования гибкости у пациентов онкологического диспансера необходимо проводить организованную, планомерно реализуемую коррекционно-профилактическую работу.

Список литературы

1. Бокова, О. А. Самоотношение личности и психическая ригидность // Человек как самоорганизующаяся психологическая система : материалы регион. конф. Барнаул, 2000. С. 39–41.
2. Галажинский Э. В. Ригидность как общесистемное свойство человека и самореализация личности. М., 2000.
3. Залевский Г. В. Психическая ригидность – гибкость в структуре личности людей с субъект – субъектной профессиональной ориентацией : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Барнаул, 1999. 25 с.
4. Залевский, Г. В. Томский опросник ригидности (ТОР) // Сибирский психологический журнал. 2005. № 12. С. 22–27.
5. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.
6. Живаева Ю. В., Жалнерчик Ю. Д. Теоретический аспект изучения феномена

«ригидность» как фактора реализации потенциала личности // 77-я итоговая студенческая научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 90-летию со дня рождения профессора П. Г. Макарова и 90-летию со дня рождения доцента Б. М. Зельмановича. Красноярск : тип. КрасГМУ, 2013. С. 243–248.

УДК 616.8-085.82

КИНЕЗИОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ МЫШЕЧНЫМИ БОЛЯМИ

О. В. Петряева, М. В. Петряев

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

Аннотация. Рассматриваются научные работы в области кинезиотерапии путем исследования научно-методической, медицинской литературы и Интернет-ресурсов. В ходе исследования были изучены основные принципы и особенности кинезиотерапии, а также влияние кинезиотерапии на качество жизни пациентов. Поскольку кинезиология применяет целостный и индивидуализированный подход, при котором целью является оказание внутренней эмоциональной поддержки данному человеку, а не борьба с неким конкретным заболеванием, конкретным нарушением или отклонением от стандартной нормы, то применение кинезиотерапии способствует улучшению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: кинезиотерапия, качество жизни.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), заболевания мышечно-скелетной системы широко распространены в человеческой популяции, причем за последние 20 лет прослеживается негативная тенденция. Исследование Глобального бремени болезней (ГББ) показало, что показатель DALYs*, разработанный для оценки ГББ, для заболеваний мышечно-скелетной системы увеличился к 2010 году с 4,7 до 6,8 %, что составляет рост с 116 654 000* до 169 624 000* лет. Среди всех причин ограничения жизнедеятельности заболевания мышечно-скелетной системы стоят на четвертом месте после заболеваний сердечно-сосудистой системы (11,8%), опухолей (7,6%), психических заболеваний и заболеваний, сопровождающихся нарушениями поведения (7,4%) (Murray, Vos, Lozano, et al., 2012).

Кинезиологическая Федерация Великобритании следующим образом определяет кинезиологию как интегративную науку в ортодоксальной медицине: «Кинезиология, дословно означающая изучение движения тела, являет собой целостный холистический подход к достижению сбалансированного состояния в области движения и взаимодействия энергетических систем индивида. Мягкая оценка мышечного ответа позволяет выявлять те зоны, где блоки и рассогласования (разбалансировки) нарушают физическое, эмоциональное и энергетическое здоровье. Таким же методом можно определить факторы, которые вносят свой вклад в подобное нарушение равновесия. Природные оздоровительные реакции тела стимулируются за счет привлечения внимания к рефлексогенным и акупунктурным точкам, а также с помощью специальных движений тела и факторов питания. Это может приводить к улучшению состояния физического, умственного эмоционального и духовного здоровья» (La Tourelle, Courtenay, 1992).

Основные направления кинезиологии:

1. «Двигательно-ориентированное».
2. «Телесно-ориентированное».
3. «Психо-ориентированное».

Цель кинезиологии как функциональной медицины - разработка подходов к оптимизации здоровья. Задача функциональной медицины - не игнорируя уже имеющуюся болезнь у конкретного человека, разработать терапию, направленную на улучшение здоровья через оптимизацию биологических, биохимических и психологических функций. Это высоко индивидуализированный процесс. Два человека с одним и тем же диагнозом могут требовать различных диагностических тестов и терапевтических вмешательств. В случае успеха синдрома переднего плана, которые являются первичным источником беспокойства индивидуума, ослабевают, и пациент чувствует себя здоровым и жизнеспособным (Чернышова, 2006).

Задача кинезиолога - оказать психоэмоциональную поддержку конкретному человеку по его конкретному восприятию проблемы. Причём кинезиолог оказывает своему клиенту эту поддержку на таком глубоком неосознаваемом уровне, который самому этому человеку недоступен (Сазонов, 2010).

В процессе кинезиологических сеансов происходит запуск и стимулирование процессов саморегуляции. Это достигается за счет активации механизмов невербального неосознанного восприятия информации, что позволяет корректируемому на подсознательном уровне эффективно воспринимать кинезиологические приемы воздействия на мышцы в совокуп-

ности с эмоционально-значимыми словами именно как внутреннюю эмоциональную поддержку и затем, так же неосознанно, уже самостоятельно производить эмоциональную подстройку для достижения положительно-го эмоционального состояния.

Кинезиолог в процессе проведения сеанса не создает каких-либо собственных программ, ничему не учит своего клиента, не навязывает своего мнения. Он, пользуясь подсказкой мышц корректируемого, ищет психические блоки, негативные эмоциональные состояния и подбирает упражнения, которые помогут от этих явлений избавиться.

Кинезиолог вовсе не намечает пути решения проблемы, он меняет лишь внутреннее отношение клиента к ней.

Общение кинезиолога с клиентом на уровне мышечного невербально-го взаимодействия позволяет использовать биологическую обратную связь для адекватной регуляции физического и психического состояния клиента. При этом не затрагиваются механизмы сознательного контроля и клиент на протяжении всей процедуры сохраняет полное сознание и волю.

Концепция коррекционной кинезиологии

Коррекционная кинезиология - это методика коррекции (исправления) психоэмоционального состояния человека с помощью биообратной связи и «телесного раппорта», установленных между корректором и его клиентом с помощью произвольных изменений мышечного тонуса, обеспечивающих им состояние взаимной подстройки.

Телесный раппорт в коррекционной кинезиологии - это взаимное доверие и взаимопонимание на уровне тела, явно проявляющееся в произвольных изменениях мышечного тонуса, сопровождающих изменения психоэмоционального состояния.

Телесный раппорт позволяет кинезиологу не только тесно взаимодействовать с психоэмоциональным состоянием клиента, но и кинестетически «якорить» достигнутое в результате коррекционных действий позитивное психоэмоциональное состояние.

Коррекции в коррекционной кинезиологии проводятся не руками, как это видится со стороны, а за счёт своеобразного «психоэмоционального резонанса» психики кинезиолога с психикой клиента. Движения руками при этом лишь обеспечивают телесный раппорт, необходимый для такого резонанса. Именно этим глубоким психоэмоциональным резонансом можно объяснить нередко возникающие явления эмоционального истощения и повышенной усталости, наступающие у кинезиолога после проведённой коррекции, не сопоставимые по уровню с мышечной нагрузкой, полученной им за время проведения сеанса (Сазонов, 2012).

Область применения кинезиологии

Поскольку кинезиология применяет целостный и индивидуализированный подход, при котором целью является оказание внутренней эмоциональной поддержки данному человеку, а не борьба с неким конкретным заболеванием, или конкретным нарушением, или отклонением от стандартной нормы, то область применения кинезиологии необычайно широка: это и эмоциональное обеспечение процесса выздоровления у хронических больных, и помощь после несчастных случаев, сопровождающихся практически всегда психотравмами, и избавление от психотравм, вызванных эмоциональными причинами, и ликвидация последствий перенесенных стрессов, включая даже дородовые стрессы, и избавление от разнообразных страхов и фобий, и настрой на работу или учебу, и активация творческих способностей, и повышение способности к обучению в самых разнообразных ситуациях, и улучшение взаимоотношений с людьми, и помощь в переходе к новому образу жизни, и просто улучшение настроения и эмоционального состояния.

Организация и методы. Методом исследования возможностей кинезиотерапии как метода улучшения качества жизни пациентов с хроническими мышечными болями явился метод теоретического анализа статей по проблеме использования кинезиологии в практике традиционного лечения.

Результаты. Среди исследовательских работ, посвященных проблеме кинезиотерапии в лечении хронических мышечных болей, наиболее значимыми являются следующие.

Коллективом авторов проведена оценка наиболее эффективных необходимых и достаточных схем лечения II и III стадии миофасциального болевого синдрома, которые давали бы оптимальный и продолжительный терапевтический результат. В результате проведенного исследования установлено, что использование схем (ЛФК + МТ + ИРТ + БРТ) и (ЛФК + МТ + массаж + БРТ) оказались высокоэффективными и вызывающими наиболее длительную ремиссию комплексами методов лечения больных при II стадии заболевания. При лечении III стадии шейного МФБС оптимальными как по срокам лечения, так и продолжительности ремиссии, оказались сочетания: БРТ + МТ + ИРТ + ЛФК, медикаментозная терапия + ЛФК + массаж. Таким образом, мануальная терапия является основным этио-патогенетическим методом в лечении II стадии и высокоэффективным – при III стадии МФБС. Терапия тяжелых форм изучаемого заболевания, учитывающая механизмы развития и стадий-

ность патологического процесса, позволяет сократить сроки лечения и увеличить время ремиссии, а на ранних стадиях МФБС – предупредить его переход в более тяжелые формы (Барташевич, Щукин, Тихомиров, Никонов, Мельников, 2013). Такой подход, несомненно, повышает качество жизни пациентов.

Исследование Е.А. Дегтева затронуло вопрос не только лечения, но и диагностики. Диагностика в кинезиотерапии производится в помощью основного метода – мануального мышечного тестирования. В основе метода лежит исследование тонуса различных мышц и определение патологий. Каждая мышца связана с определенным органом или железой, что позволяет назначить более подробное лечение, а также с помощью мануальных техник воздействовать и на органы тоже. Всего в исследовании участвовало 37 человек с болями в грудном отделе позвоночника с иррадиацией в правое плечо. У 32 человек была болезненность при пальпации в области желчного пузыря. Лечение у всех пациентов начиналось с воздействия на желчный пузырь методами висцеральной мануальной терапии. Всем пациентам было проведено по 5 сеансов.

У 25 пациентов боль в грудном и шейном отделе исчезла полностью. У 5 – было значительное улучшение. Остальным пациентам дополнительно было проведено устранение функциональных блоков на уровне грудного и шейного отделов позвоночника с помощью мобилизационных и при необходимости манипуляционных техник. Всем пациентам были дополнительно назначены препараты, обладающие гепатопротекторным и желчегонным действием (карсил, расторопша, желчегонный сбор и т.д.) и антиоксидант (аевит и т.д.). Препараты подбирались с использованием методики мышечного тестирования. В результате проведенного лечения у 31 пациента боль исчезла полностью, у 5 – отмечено значительное улучшение. У одного пациента сохранилась боль в грудном отделе позвоночника. Проведенное исследование доказывает эффективность применения прикладной кинезиологии в комплексном лечении пациентов. С помощью мышечного тестирования возможно затронуть все аспекты проблем пациента и назначить более комплексное лечение (Дегтярев, 2006).

Авторы Беляев А.Ф., Ким И.К., Рубашек И.А. разработали современный метод применения мануальной терапии при болевом синдроме в позвоночнике на фоне остеопенического синдрома. Мануальная терапия как часть кинезиологического подхода позволяет устранить различные патогенные функциональные блоки, нормализовать мышечный тонус, улуч-

шить состояние связок, оптимизировать двигательный стереотип и координацию движений, что в свою очередь может способствовать снижению частоты падений и уменьшению риска переломов, а значит намного улучшить качество жизни (Беляев, Ким, Рубашек, 2014).

Выводы. Проведенный анализ свидетельствует, что кинезиотерапия имеет широкое распространение как одно из добавочных средств или как резерв в лечении различных хронических заболеваний, которые уходят в стойкую ремиссию ненадолго и своим хроническим течением ухудшают качество жизни пациента.

Исходя из представленных результатов различных исследований можно сделать вывод о том, что кинезиотерапия достоверно улучшает состояние пациента в комплексе с традиционной медициной, а ее использование является дополнительным, но не широко применяемым методом. При использовании кинезиотерапии имеется достоверное усиление жизненных стимулов и ресурсов сознания и всего организма пациента.

Список литературы

1. Мануальная терапия в комплексной немедикаментозной терапии тяжелых форм миофасциального болевого синдрома / В. В. Барташевич, А. В. Шукин, Д. Д. Тихомиров, С. В. Никонов, Е. Ю. Мельников // Мануальная терапия. 2013. № 2 (50). С. 18–21.

2. Беляев А. Ф., Ким И. К., Рубашек И. А. Лечение вертеброгенных болевых синдромов на фоне остеопенического синдрома методом мануальной терапии // Мануальная терапия. 2014. № 4 (56). С. 47–53.

3. Дегтярев Е. А. Висцеро-соматические проявления дисфункции внутренних органов с позиции прикладной кинезиологии // Прикладная кинезиология. 2006. С. 22–24.

4. Сазонов В. Ф. Кинезиология, снимающая стресс (Введение в психоориентированную кинезиологию) [Электронный ресурс] // Кинезиолог. 2009. URL: <http://kineziolog.su/content/korreksionnaya-kineziologiya> (дата обращения 05.09.2016).

5. Сазонов В. Ф. Коррекционная кинезиология [Электронный ресурс] // Кинезиолог. 2016. URL: <http://kineziolog.su/content/korreksionnaya-kineziologiya> (дата обращения 05.09.2016).

6. Чернышева Т. Н. Прикладная кинезиология как междисциплинарная система интегративного подхода в здравоохранении и традиционной медицине // Прикладная кинезиология. 2006. С. 31–32.

7. La Tourelle M., Courtenay A. Thorsons Introductory Guide to Kinesiology. Thorsons An Imprint of HarperCollinsPublishers, London, 1992. 176 p.

8. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 / C. J. Murray, T. Vos, R. Lozano [et al.] // Lancet. 2012. Vol. 380. P. 2197–2223.

КОПИНГ СТРАТЕГИИ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ (ФОРМИРОВАНИЯ) ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫБОРА

¹А. Л. Платонов, ^{1,2}Ю. В. Живаева

¹Сибирский федеральный университет, г. Красноярск, Россия

²Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Аннотация. Цель исследования - изучить приёмы работы с копинг-стратегиями как фактором развития готовности к профессиональному выбору. Выявить особенности копинг-стратегий и различного уровня готовности к профессиональному выбору. Профессиональный выбор является большим и ответственным шагом в жизни человека. Нередко он является причиной неврозов. Большое внимание к данной проблеме и малая изученность её со стороны стресс-преодолевающего поведения делают интересной для рассмотрения тему данного исследования. Среди людей, использующих активное стресс-преодолевающее поведение (копинг) в трудных ситуациях, больше тех, кто готов к осознанному ответственному профессиональному выбору, а значит и более успешному. Среди тех же, кто использует пассивные копинг стратегии, большая часть людей не готовых к профессиональному выбору. Эта тема тесно связана с одной из базовых потребностей: самореализацией личности через свою профессию. Важность данной темы дает повод к подробному исследованию копинга, приемов работы с копинг стратегиями и методов выработки активных стратегий.

Ключевые слова: копинг стратегии; профессиональный выбор; стресс-преодолевающее поведение; совладающее поведение; Р.Лазарус.

Актуальность. В современном мире самореализация личности очень сильно зависит от профессионального выбора. В современной науке имеется немало исследований по проблемам профессионального выбора, самоопределения (Е. А. Климов, Е. Ю. Коржова, Л. М. Митина, Н. С. Пряжников, Д. Сьюпер, С. Н. Чистякова и др.). Однако недостаточно изученным остается вопрос о роли и влиянии осознанной стратегии действий, через целенаправленное преодолевающее поведение. Стресс-преодолевающее поведение связано с активизацией процесса профессионального выбора за счет включения психологических ресурсов личности. Вследствие

чего, формируется активное и ответственное отношение к построению собственного профессионального пути.

В исследовании современных авторов разработка отдельных аспектов профессионального выбора представлена в работах, раскрывающих активную жизненную позицию личности, как совокупность принципов жизненного и профессионального самоопределения (К. А. Абульханова-Славская, Е. А. Климов и др.); мотивацию, как внутренний побудитель и регулятор развития возможностей и способностей (Е. П. Ильин, С. Б. Каверин и др.).

В связи с нерешенными противоречиями существует проблема недостаточно эффективного формирования профессионального выбора, что приводит к неглубокому представлению о собственных возможностях, не всегда ответственному выбору сферы будущей профессиональной деятельности и отказу от него, к затруднениям в обучении, ошибочному выбору учебного заведения, проблемам (затруднениям) профессионального становления и личностного роста.

Трудности профессионального выбора способны повлиять на личностное развитие. Часто они приводят к снижению работоспособности, продуктивности деятельности, к трудностям в общении. Всё это делает актуальным исследование преодоления трудностей, что в психологии получило название копинг-поведение (преодоление, совладание). Этим обусловлена актуальность выбранной темы исследования.

Постановка проблемы. В настоящее время в развитых странах проблема успешного профессионального выбора касается очень большой доли населения. Существует множество организаций, помогающих людям делать столь важный выбор в их жизни. В российских школах вводят психологию, как учебную дисциплину, где школьники решают множество тестов по выявлению своих способностей и по профессиональному выбору.

Гипотеза исследования заключается в том, что профессиональный выбор, как осознанное и ответственное определение сферы реализации планов, может быть успешно сформирован, если будут использоваться адаптивные копинг-стратегии (совладающего) поведения. То есть, чтобы успешно справиться с ситуацией профессионального выбора необходимо уметь осознавать и использовать стратегии совладающего поведения.

Теоретическими основами исследования являются литература, журналы, Интернет-ресурсы, сборники научных трудов по данной проблеме.

Диагностические: анкета, беседа.

Предмет исследования - копинг-стратегии подростков и студентов с различным уровнем профессионального выбора (эффективность копинга, влияющего на формирование профессионального выбора).

Объектом исследования выбраны учащиеся 10 класса средней школы г. Красноярска (22 человека) и студенты 1 курса СФУ (15 человек).

На протяжении всей жизни практически каждый человек сталкивается с ситуациями, субъективно переживаемыми им как трудные, «нарушающие» привычный ход жизни.

Переживание таких ситуаций зачастую меняет и восприятие окружающего мира, и восприятие своего места в нем. Изучение поведения, направленного на преодоление трудностей, в зарубежной психологии проводится в рамках исследований, посвященных анализу «coping» – механизмов или «copingbehavior».

Суть совладания, с точки зрения теории Р. Лазаруса и С. Фолкмана, заключается в том, чтобы человек либо полностью смог преодолеть негативные жизненные трудности, либо уменьшил их отрицательное воздействие на организм. Поэтому совладающее поведение - это «целенаправленное социальное поведение, позволяющее субъекту справиться с трудной жизненной ситуацией (или стрессором) способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, - через осознанные стратегии действия»

В российской психологии его переводят как адаптивное, совпадающее поведение, или психологическое преодоление. Первоначально понятие «копинг-поведение» использовалось в психологии стресса и было определено как сумма когнитивных и поведенческих усилий, затрачиваемых индивидом для ослабления влияния стресса.

Для решения проблемы изучения способов совладающего поведения в работе использовалась концепция копинг-поведения Р. Лазаруса (Lazarus).

В настоящее время поведенческие копинг-стратегии подразделяются на активные и пассивные, адаптивные и дезадаптивные. К активным стратегиям относят стратегию «разрешение проблем», как базисную копинг-стратегию, включающую все варианты поведения человека, направленные на разрешение проблемной или стрессовой ситуации и стратегию «поиск социальной поддержки», включающую поведение, направленное на получение социальной поддержки от среды. К пассивному копинг-поведению относятся варианты поведения, включающего базисную копинг-стратегию «избегание», хотя некоторые формы избегания могут носить и активный характер. С увеличением возраста повышается вероятность использования активных проблемосовладающих поведенческих стратегий (Petrosky M., Birkimer J).

Человек эффективен в совладании, когда имеет позитивные копинг-ресурсы, такие как интеллект, поддержка семьи и значимых лиц, а также здоровье и материальные ресурсы. В рамках данного положения нас заинтересовала проблема соотношения профессионального выбора и специфики используемых копинг-стратегий.

В теории копинг-поведения выделяются следующие базисные копинг-стратегии: копинг-стратегия разрешения проблем, копинг-стратегия поиска социальной поддержки и копинг-стратегия избегания.

Р. М. Грановская и И. М. Никольская установили, что взрослые чаще всего используют следующие способы совладания с внутренним напряжением: взаимодействуют с продуктами человеческого творчества (читают книги, слушают музыку, ходят в музей) или сменяют вид активности с психической на физическую (занятия спортом, прогулки, водные процедуры) или используют так называемые приемы «за-» (заесть, заспать, залюбить, загулять, затанцевать); обдумывают возникшую ситуацию.

У детей и подростков копинг-стратегии иные. Наиболее характерными являются следующие: остаюсь один, сам по себе; обнимаю, прижимаю, глажу; плачу, грущу; борюсь, дерусь.

Лазарус отличает копинг от его результата, так как копинг - это «попытка преодоления», которая включает больше, чем просто результат.

Возрастные особенности копинг-стратегий подростков

Исследование отношения к будущему у современных подростков выявило следующие тенденции:

- стремление к учебе и, особенно к профессиональной деятельности от класса к классу снижается;
- в жизненных планах подростков семья занимает весьма скромное место (брак, забота о старшем поколении, стремление иметь детей);
- стремление осознавать свое место в мире не очень велико, но к старшим классам немного возрастает.
- значительное количество учеников в своих ответах отразили неверие в свои силы, страх перед будущим.

Саморазрушающим называл В. Франкл стремление к счастью, когда в основе его лежат чувственные удовольствия. Именно такие стремления определяют внутренние неврозы. Чем больше человек стремится к наслаждению, тем больше он удаляется от цели.

Стремление к жизни «по принципу удовольствия» является определяющим и смыслообразующим мотивом инфантилизма. Поэтому самосознание подростка направляется лишь «по линии наименьшего сопротивления», что детерминирует включение защитных механизмов преодоления.

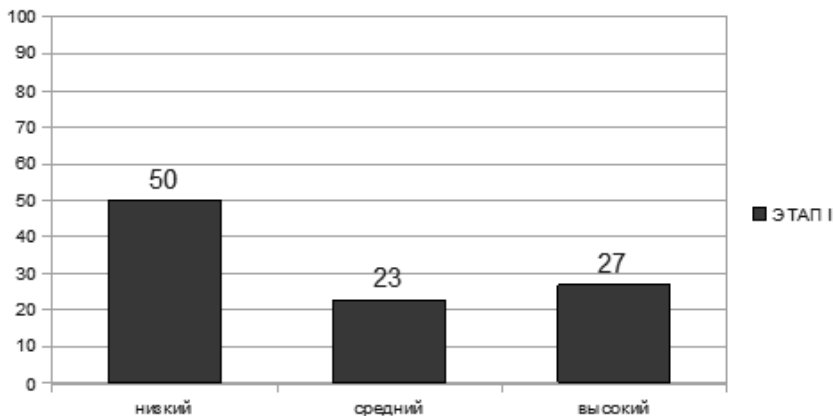
Модель активного адаптивного функционального копинг-поведения. Для этой модели характерно сбалансированное использование соответствующих возрасту копинг-стратегий с преобладанием активных стратегий, направленных на разрешение проблем и поиск социальной поддержки, преобладание мотивации на достижение успеха над мотивацией избегания неудач, готовность к активному противостоянию среде. Психологический фон для преодоления стресса обеспечивают следующие личностно-средовые копинг-ресурсы: позитивная Я-концепция, развитость восприятия социальной поддержки, интернальный локус контроля над средой, эмпатия и аффилиация, относительно низкая чувствительность к отвержению, наличие эффективной социальной поддержки.

Модель пассивного, дисфункционального копинг-поведения характеризуется преобладанием пассивных копинг-стратегий над активными, дефицитом социальных навыков разрешения проблем, интенсивным использованием детских копинг-стратегий, не соответствующих возрасту. В качестве ведущей используется копинг-стратегия «избегание». Преобладает мотивация избегания неудачи. Низкая эффективность функционирования блока личностно-средовых ресурсов: негативная, слабо сформированная Я-концепция, неразвитость восприятия социальной поддержки, эмпатии, относительно высокая чувствительность к отвержению.

Профессиональный выбор - это разновидность выбора, при котором критерии для сравнения альтернатив не даны изначально и испытуемому самому предстоит их конструировать. Субъект должен найти общие основания для сопоставления качественно разных альтернатив и сформулировать критерии оценки разных альтернатив, по отношению к которым альтернативы приобретают тот или иной смысл.

Профессиональный выбор может описываться с точки зрения объекта выбора («что выбирать»: вуз, профессию, специализацию, место работы и т.д.) Профессиональный выбор, в отличие от профессионального самоопределения (по Е. И. Головахе), — «это решение, затрагивающее лишь ближайшую жизненную перспективу», план не будет опосредован отдаленными жизненными целями. Дж. Сьюпер считает, что в течение жизни человек вынужден совершать множество выборов (сама карьера рассматривается как «чередующиеся выборы»).

Анализ и интерпретация результатов исследования. Анализ состояния проблемы в теории позволил нам провести анкетирование «Скорая помощь в выборе профессии» Г. В. Резапкиной среди учащихся 10-х классов. Было опрошено 22 подростка.



на I этапе констатирующего эксперимента

Рис 1. Уровень готовности подростков к выбору профессии, в %

Высокий уровень готовности к выбору (от 8 до 16 баллов) - ты имеешь четкое представление о своей карьере. Если тебе и нужна помощь профконсультанта, то лишь для того, что - бы подтвердить свой выбор.

Средний уровень готовности (от 2 до 8 баллов)— выбор профессии для тебя — вполне решаемая задача. И решить ее помогут знания о себе и о мире профессий. В случае сомнений обратиться к профконсультанту.

Низкий уровень готовности к выбору (от 1 до 2 баллов) — ты испытываешь затруднения в выборе профессии. Пока еще есть время, почитай книги по выбору профессии или обратись к школьному психологу, психологу-профконсультанту.

Таким образом, уровень готовности к профессиональному выбору у подростков на был определен нами как средний с тенденцией к низкому (73%). И лишь 27% молодых людей могут сказать, что уровень готовности к профессиональному выбору у них высокий.

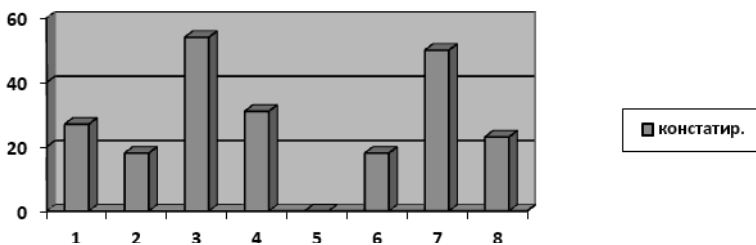


Рис 2. Уровень копинга в группе испытуемых

По оси «х» пронумерованы копинг стратегии, по оси «у» % испытуемых, использующих стратегию в качестве доминирующей (доминирующих стратегий может быть больше 1).

Название 8 стратегий (стилей поведения) - копинг стратегий.

1. Конфронтационный копинг.
2. Дистанцирование.
3. Самоконтроль.
4. Поиск социальной поддержки.
5. Принятие ответственности.
6. Бегство-избегание.
7. Планирование решения проблемы.
8. Положительная переоценка.

Конфронтационный копинг (К) – характеризуется агрессивными усилиями для изменения ситуации, предполагает определенную степень враждебности и готовности к риску.

Дистанцирование (Д) – когнитивные усилия отделиться от ситуации и уменьшить ее значимость.

Самоконтроль (С) – усилия по регулированию своих чувств и действий.

Поиск социальной поддержки (ПСП) - усилия обрести эмоциональный комфорт и информацию от других.

Принятие ответственности (ПО) - признание своей роли в проблеме с сопутствующей темой попыток ее решения.

Бегство-избегание (Б-И) - мысленное стремление и поведенческие усилия, направленные к бегству или избеганию проблемы (а не дистанцирование от нее).

Планирование решения проблемы (ПРП) – произвольные проблемно-фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к проблеме.

Положительная переоценка (ПП) – усилия по созданию положительного значения с фокусированием на росте собственной личности, включает также религиозное измерение.

Анализируя результаты исследования способов совладания по методике Р. Лазаруса и С. Фолкман в группе подростков с низкой готовностью к профессиональному выбору мы можем заключить, что в поведении испытуемых преобладают следующие доминирующие стратегии совладания с трудной жизненной ситуацией: Б-И(18%), ПРП(18%), Д(9%), К(27%), то есть в большинстве своем неэффективные стратегии являются преобладающими для данной группы.

Тогда как в группе подростков с высоким уровнем готовности к профессиональному выбору преобладают конструктивные и эффективные копинг-стратегии, такие как: С (50%), ПСП(32%), ПП(23%), ПРП(32%). При этом в данной группе присутствуют и дистанцирование (9%), что может быть связано с особенностями подросткового возраста. Данная тенденция указывает, что подростки из второй группы предпочитают в сложных жизненных ситуациях активнее совершать специально проблемно-сфокусированные усилия по изменению ситуации. В то время как преобладающими для группы подростков из первой группы являются избегание ответственности, откладывание решения, хотя они могут использовать и эффективные стратегии (ПРП).

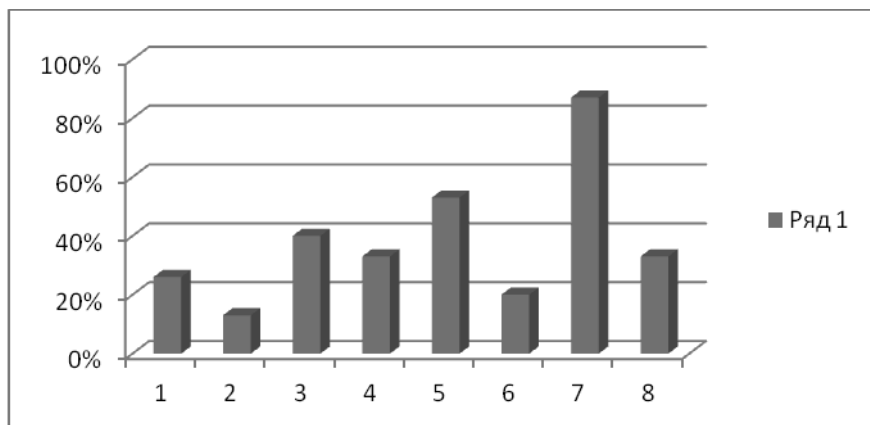


Рис. 3. Уровень копинга в группе испытуемых

К (26%), Д (13%), С (40%), ПСП (33%), ПО (53%), Б-И (20%), ПРП (87%), ПП (33%).

В группе студентов абсолютное большинство использует ПРП в качестве одной из доминирующих стратегий, так же интересно заметить, что больше 50% студентов используют ПО как доминирующую стратегию. Тем не менее пассивные стратегии остаются в качестве доминирующих (от 13 до 26%). Вообще, среди студентов адаптивные стратегии преобладают над дезадаптивными.

Так же в процессе исследования студентам были заданы вопросы:

1. Считаешь ли ты свой выбор института и будущей профессии сознательным?
2. Какие факторы повлияли на этот выбор?

2 студента(13%) ответили отрицательно на 1 вопрос.

4 (26%) затруднились ответить на 1 вопрос.

Остальные ответили утвердительно на этот вопрос.

На второй вопрос были разные ответы, но 7 из них были схожи. Студенты находили фактором, влияющим на их выбор, перспективы будущего устройства и возможность продвижения по службе.

Так же студенты находили факторами: влияние родителей, определе-ние между двумя профессиями, интерес, мечта.

В процессе исследования можно было увидеть прямую зависимость между частотой использования адаптивных копинг стратегий и готовностью к профессиональному выбору. В школьной среде готовностью к профессиональному выбору отличается малая часть учеников, при этом доминирование адаптивных копинг стратегий наблюдается на уровне 20-50%. В среде студентов тех, кто утверждает, что сделали свой выбор сознательно, больше половины, а адаптивный копинг наблюдается на уровне 30-80 %. Ещё один вывод, который подтверждает результаты исследований, которые проводились ранее, - это то, что с возрастом люди чаще используют активные копинг стратегии. В рамках данного исследования, можно заметить, что Принятие Ответственности в школе не используется в качестве доминирующей стратегии, хотя у студентов эта стратегия занимает 2-е место среди доминирующих. Это может быть обусловлено возрастными особенностями школьников.

Список литературы

1. Абрамова Г. С. Возрастная психология : учеб. пособие. Екатеринбург, 2000. 624 с.
2. Аверин А. В. Психология личности. М., 2000. 180 с.
3. Березин Ф. Б. Психическая и психологическая адаптация человека. Л., 1988. 71 с.
4. Грановская Р. М., Никольская И. М. Психологическая защита у детей. СПб. : Речь, 2006. 340 с.
5. Леонтьев Д. А. Психология смысла. М.: Смысл, 2003. 478 с.
6. Ильин Е. П. Методика «Индикатор копинг-стратегий» (Д. Амирхан) // Психология индивидуальных различий. СПб., 2006. С. 416–419.
7. Пряжников Н. С. Профессиональное самоопределение в культурно-исторической перспективе // Вопросы психологии. 1996. № 1. С. 64.
8. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб. : Питер, 2003. 712 с.

СЕКСИСТСКИЙ СТЕРЕОТИП «ЖЕНСКОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОСТИ» В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

А. И. Путкова, М. А. Лисняк

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

Аннотация: в статье обсуждаются гендерные стереотипы в отношении женщин и их влияние на работу психолога-консультанта

Ключевые слова: сексизм, гендерные стереотипы, психологическое консультирование, газлайтинг

Сексизм - это системное угнетение, институционализированное подавление и дискриминация групп людей по гендерному признаку. В рамках этого явления рассматриваются также и разнообразные предрассудки, стереотипы и культурные элементы, которые с успехом поддерживают эту дискриминацию.

Несмотря на то, что феминистическое движение достигло больших успехов в борьбе с дискриминацией женщин – так женщинам стало доступно образование, право выбирать и быть выбранными в политике, реализовывать себя в профессиональной сфере и т. д. нельзя сказать, что проблема сексизма исчезла. Сексизм широко распространён среди многих обществ и характерен даже для тех современных обществ, которые считаются относительно демократическими и эгалитарными. Как уже говорилось в приведенном выше определении, основной характеристикой сексизма является его системность, и таким образом сексизм является частью различных социальных институтов — таких как семья, образование, здравоохранение, религия, — и присутствует в различных областях, таких как политика, экономика, медиа, искусство и язык. Так, уровень представительства женщин в политической области по-прежнему весьма низок – около 12% парламентских мест (Human Development Research, 2010), на рынке труда сохраняется вертикальная и горизонтальная сегрегация с преобладанием женщин в низкооплачиваемых бюджетных секторах, на низкооплачиваемых не руководящих работах, а разрыв в оплате труда составляет 36% (Калабахина, 2011). Поразительным является также то, что на женщин, которые составляют больше половины человеческого населения земли, приходится 2/3 всех часов, проведенных за работой в мире

и половина производства продуктов питания, однако их доля в мировом доходе не превышает 10%, а в собственности - 1%.

В основе этой дискриминации и идеологии сексизма в итоге лежат гендерные стереотипы, предполагающие бинарное разделение людей на женщин и мужчин и приписывающие им противоположные качества, оправдывающие в итоге доминирование мужчин и подчинённое положение женщин и утверждающие естественное, природное происхождение этого неравенства.

Одним из устойчивых гендерных стереотипов, наносящих серьёзный урон современному обществу, является стереотип о большей эмоциональности женщин. Исследователи выявили, что только 22% мужчин думали, что оба пола в равной степени эмоциональны. Из оставшихся 78% соотношение тех, кто считал более эмоциональными женщин, и тех, кто считал более эмоциональными мужчин, составляло соответственно 15:1. Ответы женщин оказались идентичными (Jackman M. R., 1981). Данный сексистский стереотип также во многом поддерживается во многих научных исследованиях, так как нельзя говорить об отсутствии воздействия стереотипов в общественном сознании на, казалось бы, объективные научные выводы (O'Connor, 2014). Данный эффект влияния сексистских установок описывается термином «нейросексизм», который появился и получил распространение благодаря психологу Корделии Файн, и подразумевал обоснование гендерной дискриминации аргументами нейронаучного характера.

Нейросексизм изменился за прошедшее с момента появления нейронауки время, но неизменным остается то, что в его рамках игнорируется нейрональная пластичность мозга, новые факты о которой свидетельствуют о том, что очень немногие психологические особенности человека действительно жестко закреплены (как, например, врожденные рефлексy), а значит поведение, обусловленное этими особенностями (в том числе речь и эмоции), также будет меняться под влиянием разного социокультурного опыта (Lilienfeld, 2015).

К сожалению, некоторую, если не сказать значительную проблему представляют особенности изложения научной информации в прессе. Так многие популярные издания под действием гендерных предубеждений заведомо искажают факты, а порой и злоупотребляют научными сведениями, подбирая их определенным образом, в угоду «доказательства» той или иной теории.

Однако, полученные научные данные позволяют уверенно говорить о том, что женщины и мужчины одинаково эмоциональны от природы.

Только они выражают свои эмоции с различной степенью интенсивности, что объясняется различиями в социальных и культуральных нормах, касающихся эмоциональной экспрессии.

Еще в 1976 году ученые проделали любопытный эксперимент: испытуемым показывали фильм о девятимесячном ребенке; при этом одной половине зрителей говорилось, что этот ребенок — мальчик, а другой половине — что девочка. В одном из показанных эпизодов ребенок начинал кричать после того, как из коробки внезапно выпрыгивал попрыгунчик. Те зрители, кто считал ребенка мальчиком, воспринимали его «рассерженным», а те, кто считал ребенка девочкой, воспринимали ее «испугавшейся» (Condry, 1976). Результаты эксперимента подтверждают реальность существования различных ожиданий эмоциональной экспрессии для мужчин и для женщин: от мальчиков в первую очередь ожидается и поощряется проявление агрессии, в то время как в девочках побуждается отказ от конфронтации и подавление агрессии.

Данное различие в ожиданиях относительно проявлений эмоциональности наиболее показательно раскрывает эксперимент Конди и Росса (Condry, 1985), в котором зрителям показывалось видео с двумя детьми, одетыми в одинаковые одежды, не позволяющие определить их пол, которые играли в снегу. При этом один ребенок постоянно толкал другого, насакивал на него и бросался снежками. Одной части зрителей говорилось, что оба ребенка — девочки, другой — что оба мальчики, третьей — что агрессором является мальчик, а жертвой девочка, и наконец, четвертой — что в качестве агрессора выступает девочка, а в качестве ее жертвы — мальчик. Зрителям было разъяснено, что «агрессия представляет собой преднамеренные действия, которые могут нанести вред другому ребенку», и, на основании данного определения, им предлагалось оценить степень агрессивности действий ребенка. Зрители, уверенные в том, что оба ребенка были мальчиками, сочли показанную сцену наименее агрессивной по сравнению с оценками зрителей трех других групп, поскольку буйное поведение играющих мальчиков считалось вполне нормальным явлением, оно не воспринималось агрессивным. Таким образом, гендер существенно влияет на ожидания людей по отношению к индивиду, и требования, которые предъявляются к нему.

Различия в выражении разного вида эмоций, как результат социального научения также подтверждается исследованиями, проведенными на детях, в которых по мимическому показателю и в самоотчете испытуемых обнаруживались незначительные отличия в эмоциональной экспрессии, которые, однако, с возрастом увеличивались. Например, у детей дошколь-

ного возраста обнаруживалось очень мало гендерных отличий, но уже ко второму классу они начинали проявляться все более заметно (Eisenberg N., 1989).

Данную зависимость хорошо демонстрирует также исследование Дж. Блок, в котором она 40 лет наблюдала за развитием группы мальчиков и девочек. За это время она обнаружила, что родители вели себя по-разному с сыновьями и дочерьми. В частности, дочерей воспитывали так, чтобы они выражали свои чувства и были в хороших отношениях с окружающими. Воспитывая сыновей, их поощряли за проявление независимости и учили, что надо контролировать свои эмоции (Block, 1973).

Роль предубеждений, касающихся гендера человека, также раскрывают исследования Фельдман – Баррет и Блисс – Мореа (Barrett Feldman, 2009), проведенные на уже взрослых испытуемых. В первой части эксперимента исследовательницы предлагали испытуемым фотографии мужчин и женщин с идентичным выражением различных эмоций и просили определить по списку ситуаций и причин, какая наиболее соответствует изображенному человеку. Во второй части исследуемым уже предлагались реальные мужские и женские лица, а также измененные андрогинные лица, в рамках исследования предъявлявшийся с «женской» или «мужской» прической.

Результаты показали, что эмоциональное выражение женщин, как и людей, обладающих во внешности признакам, стереотипно относящим к женщинам (округлость лица, маленький подбородок, большие глаза) испытуемые чаще объясняли именно «природной» эмоциональностью, в то время как эмоциональное выражение лиц других людей, обладавших маскулинными признаками, объяснялось тем, что, видимо «у них был тяжелый день».

Таким образом, исследование показывает, что стереотип женской эмоциональности связан с верой в то, что женщины выражают эмоцию, потому что они - эмоциональные существа, но мужчины выражают эмоцию, потому что этому способствовала определенная ситуация.

К таким же выводам пришли и американские исследователи, проведя несколько серий экспериментов с добровольцами (Brescoll, 2008). В первой серии опытов каждому участнику показали видеозапись интервью о приеме на работу. Профессиональный актер (мужчина или женщина) разговаривал с невидимым на экране работодателем. «Соискатель» рассказывал о том, как однажды на прежней работе они вместе с другим сотрудником потеряли важную бумагу, и своей интонацией и мимикой изображали в умеренной форме испытываемые в связи с этой ситуацией эмоции —

гнев или огорчение. После просмотра нужно было выразить отношение к «соискателю», ответив на ряд вопросов. Вопросы касались должности, которой заслуживает такой соискатель, зарплаты, которую ему следовало бы назначить, и уровня профессиональной компетентности. Кроме того, нужно было указать предполагаемую причину продемонстрированных «соискателем» эмоций.

Полученные результаты показали, что «разгневанный» мужчина выглядит в глазах сторонних наблюдателей более компетентным и заслуживающим более высокой должности и зарплаты, чем «огорченный». Однако в отношении женщин все оказалось наоборот. «Грустные» женщины по всем параметрам набрали больше очков, чем «разгневанные». Более того, «грустные» женщины опередили «грустных» мужчин и лишь немного уступили «разгневанным». Также показательным являлось то, что люди склонны воспринимать мужской гнев как оправданный, вызванный объективными внешними причинами. Женский гнев, напротив, чаще расценивается как следствие личных качеств женщины: «потому что у нее такой характер».

Последующие эксперименты должны были прояснить, можно ли устранить негативный эффект женского гнева, если объяснить зрителю, что этот гнев вызван не личными качествами женщины (злым характером и отсутствием самоконтроля), а объективными внешними причинами. Были изготовлены дополнительные видеоклипы, в которых актеры, изображавшие гнев, объясняли его причину, сваливая вину на напарника. Эта мера «реабилитировала» гнев женщин – соискательниц, но оказала отрицательный эффект на восприятие «гневливых» мужчин. Таким образом, гневающиеся женщины, чтобы произвести хорошее впечатление, должны объяснять причины своего гнева и «валить вину на других», а вот гневающимся мужчинам лучше этого не делать. В этом, по-видимому, опять проявились различающиеся «стереотипные ожидания» в отношении мужчин и женщин: от первых ждут в целом более активной и ответственной жизненной позиции, а от вторых ожидается более пассивное, зависимое поведение.

Таким образом, сталкиваясь с утверждением, что эмоциональность является конкретно женским качеством, мы имеем дело с сексистским стереотипом, продуктом гендерных ролей, которые поддерживают или подавляют в мужчинах и женщинах определенные варианты поведения, оправдывая дискриминацию вторых, а также неся с собой проблемы и непризнанные риски для здоровья для всех.

Доказано, что постоянные попытки вести себя так, чтобы соответ-

ствовать гендерным нормам, ведут к стрессу, значительному повышению уровня тревоги, и неуверенности в себе, становясь главной причиной низкой самооценки у подростков (Pereira Maria do Mar, 2012). Подобные же эффекты от ограниченных гендерных ролей можно наблюдать на практике и у взрослых людей, которые порой мешают им вести полноценную жизнь.

Так женщины живут в постоянном страхе не соответствовать гендерным требованиям и склонны регулировать свое поведение различными потенциально вредоносными способами: исследования показывают, что уже в 10-летнем возрасте превалирующим страхом у 81% девочек является страх быть толстой, а 14 лет является средним возрастом, когда девушки начинают практиковать диеты (Mellin, 1991). При этом 18% девушек также практиковали такой способ сброса веса, как голодание, а 8,4 вызывали рвоту или использовали слабительное. В стремлении достичь неуловимого идеала женщины также охотно пользуются услугами пластических хирургов – около 91% пластических операций от общего их числа было проведено над женщинами. Желая соответствовать гендерным нормам, женщины также склонны отказываться от укрепляющих физических упражнений, боясь, что иначе они будут выглядеть недостаточно женственно и непривлекательно. Все это в конечном итоге приводит к глубоким душевным переживаниям и формированию неврозов.

Ситуация ухудшается тем, что к ним также предъявляются жесткие противоречивые требования по принципу дихотомий, таким образом создавая стрессовую ситуацию, в которой при любом поведении женщина не сможет получить одобрения. Так от женщин ожидают выразительного эмоционального поведения и чувствительности, и, если женщина ведет себя наоборот, спокойно и флегматично, она рискует столкнуться с осуждением и награждением такими эпитетами как «холодная, как мороженная рыба» и прочее. Но в то же время, если она начинает демонстрировать эмоциональность, она получает обвинения в истеричности, несдержанности и неумении контролировать себя.

Также серьезной проблемой являются требования к женщинам всегда быть приветливыми, нежными, милыми, и находиться всегда в хорошем настроении, с чем также связан и запрет на проявление агрессии (адаптивной в том числе), предъявляемый к женщинам. В результате этого женщины чувствуют глубокую вину и тревогу, когда испытывают ее даже в ситуациях, когда она необходима, как, например, для отстаивания своих личных границ, защиты интересов и так далее, что в итоге переходит в появление неврозов и многочисленных психосоматических

расстройств. Усугубляет все еще и то, что женщины часто подвергаются газлайтингу. Газлайтинг – это форма психологического насилия, заключающаяся в осознанном или неосознанном стремлении заставить человека сомневаться в объективности своего восприятия, а также в самой реальности. По сути, это психологические манипуляции, призванные выставить индивида «дефективным», «ненормальным». Отличным примером газлайтинга являются такие часто слышимые женщинами фразы, как «ты так чувствительна», «ты слишком эмоционально реагируешь на это», «это была всего лишь шутка\случайность и т.д.», «ты ненормальная», «к чему столько драмы», «не может быть все так плохо», «тебе показалось» и многие другие фразы, которые в конечном итоге заставляют женщину чувствовать дискомфорт, как будто ее чувства не рациональны и ненормальны.

То, что говоря о газлайтинге, мы говорим о женщинах, не является случайным. Именно с помощью данного вида психологических манипуляций поддерживается дискриминация женщин, представляя их как ненормальных, иррациональных, чрезмерно чувствительных, помешанных и поддерживая оскорбительные гендерные стереотипы. Это помогает поддерживать идею, что женщины настолько возбудимы, что им достаточно малейшей провокации, чтобы дать волю их иррациональным чувствам и все их заявления лишены под собой каких-либо обоснований. Таким образом, газлайтинг в отношении женщин имеет разрушительные последствия не только для отдельной личности, но и для женщин как класса, так как приводит к обесцениванию и игнорированию их потребностей на уровне государства.

Ради справедливости следует отметить, что мужчины также сталкиваются с принуждением общества к агрессии и гипертрофированно маскулинному поведению, поощряющему постоянно утверждать и доказывать свою мужественность через эмоциональную и физическую жесткость, подчинение женщин и поведение, связанное с риском. В то же время жесткие рамки гендерной роли формируют у мужчин постоянный страх возможности быть высмеянным в случае проявления себя неким образом, который соответствует стереотипному женскому поведению (эмоциональность, чувствительность и так далее). Таким образом, тесные гендерные роли существенно ограничивают людей, не давая им развиваться и принуждая уделять неоправданно много внимания тому, насколько их поведение соответствует идеалам мужественности и женственности.

Что является печальным, психологи также испытывают на себе влияние гендерных стереотипов и предубеждений, которые к тому же культу-

вируются во многих психологических теориях, и потому склонны к воспроизведению их и газлайтингу в ситуации консультирования женщин, таким образом приводя к повторной ретравматизации последних. Так женщина, пришедшая с проблемой абьюза со стороны партнера, может услышать обвинения в свой адрес от консультанта, или же столкнуться с обесцениванием своих переживаний («ревность вашего партнера абсолютно нормальна, и он таким образом проявляет заботу о вас, вы слишком серьезно это воспринимаете»). Другая опасность кроется в том, что часто психологи вместо того, чтобы помочь клиентке услышать себя и свои потребности, предпочитают предоставить ей основанный на гендерных стереотипах модель поведения «настоящей женщины», под которую клиентка должна подстраиваться и ломать себя. При этом психолог может убеждать, что все их проблемы от того, что «они не следуют своей природной роли».

Это подводит нас к существенной проблеме, касающейся того, что можно предпринять для того, чтобы освободить специалиста от влияния гендерных стереотипов, и позволить ему быть как можно более объективным в профессиональной сфере.

Прежде всего, здесь следует освещать сложившиеся гендерные предубеждения в обществе и их «нежизнеспособность», поощряя специалистов к самостоятельному исследованию данной области науки, распространять антисексистские убеждения и давать уверенную критику транслирующим сексистские взгляды психологическим теориям, которые в первую очередь являются продуктами соответствующего времени, не свободными от влияния бытовавших общественных взглядов и представлений. Также следует распространять необходимость прохождения психологом личной терапии, в которой он мог бы отрефлексировать и подвергнуть анализу свои действия и взгляды.

Задача осложняется в частности тем, все люди прошли через соответствующую гендерную социализацию, и росли в обществе, насаждающем и поддерживающем гендерные предубеждения, в то время как их критика до сих пор замалчивается и подвергается остракизму.

Но если работа с взрослыми людьми по разрушению гендерных рамок может быть затруднена в связи с легкой усвояемостью оных еще в нежном возрасте, профилактическая работа с подростками может принести плоды, так как они находятся в начале пути понимания того, что такое быть женщиной или мужчиной.

Так следует предоставить им пространство для дискуссии и побуждать к рефлексии своего собственного опыта, воздерживаясь от распро-

странения жестких гендерных норм и стереотипов и поощряя в подростках стремление к поиску своей собственной идентичности.

Но также несомненно важной задачей является развитие и поддержка дальнейших исследования гендера в России, так как на данный момент они сталкиваются с большим количеством проблем – таких, как отсутствие грамотных специалистов, владеющих современными теориями в сфере гендера и общая нехватка текстов с актуальной тематикой в данной сфере.

Большое опасение еще вызывает острая пропаганда и поддержка разрушительных гендерных стереотипов и терпимость по отношению к сексизму в обществе.

Но, однако, всегда есть надежда, что рано или поздно будет выработано новое, адекватное отношение по отношению к вопросам гендера.

Список литературы

1. Калабихина И. Е. Почему важно развивать институты гендерного равенства в России // Научные исследования экономического факультета. 2011. Т. 3, № 1. С. 146–163.
2. Barrett Feldman L., Bliss-Moreau E. She's emotional. He's having a bad day: attributional explanations for emotion stereotypes // *Emotion*. 2009. Vol. 9, № 5. P. 649–658.
3. Block, J. H. Conceptions of sex-role: Some cross-cultural and longitudinal perspectives // *Am. Psychol.* 1973. Vol. 28, № 6. P. 512–526.
4. Brescoll V. L., Uhlmann E. L. Can an Angry Woman Get Ahead? Status Conferral, Gender, and Expression of Emotion in the Workplace // *Psychol. Sci.* 2008. Vol. 19, № 3. P. 268–275.
5. Condry J. C., Ross D. F. Sex and aggression: The influence of gender label on the perception of aggression in children // *Child Dev.* 1985. Vol. 56, № 1. P. 225–233.
6. Condry, J. Condry S. Sex differences: A study of the eye of the beholder // *Child Dev.* 1976. Vol. 47, № 3. P. 812–819.
7. Eisenberg N., Fabes R. Sympathy and personal distress: Development, gender differences, and interrelations of indexes // N. Eisenberg (Ed.), *Empathy and Related Emotional Responses (New Directions for Child Development)*. 1989.
8. Jackman M. R., Senter M. S. Beliefs about race, gender, and social class different, therefore unequal: Beliefs about trait differences between groups of unequal status // *Research in stratification and mobility*. 1981. Vol. 2.
9. Fifty psychological and psychiatric terms to avoid: a list of inaccurate, misleading, misused, ambiguous, and logically confused words and phrases / S. O. Lilienfeld, K. S. Sauvigné, S. J. Lynn, R. L. Cautin, R. D. Latzman, I. D. Waldman // *Frontiers in Psychology*, 2015. Vol. 6. doi:10.3389/fpsyg.2015.01100
10. A longitudinal study of the dietary practices of black and white girls 9 and 10 years old at enrollment: the NHLBI growth and health study / S. W. McNutt, Y. Hu, G. B. Schreiber, P. B. Crawford, E. Obarzanek, L. Mellin // *J. Adolesc. Health*. 1997. Vol. 20, № 1. P. 27–37.

11. O'Connor C., Joffe H. Gender on the brain: a case study of science communication in the new media environment // PLoS ONE. 2014. Vol. 9, № 10. doi: 10.1371/journal.pone.01110830

12. Pereira, Maria do Mar, Fazendo Género no Recreio: a Negociação do Género em Espaço Escolar (Doing Gender in the Playground: the Negotiation of Gender in Schools) // Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2012.

УДК 159.9.07

ОСОБЕННОСТИ ИПОХОНДРИИ У СТУДЕНТОВ КРАСНОЯРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Н. В. Рассказова, С. М. Колкова

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

Аннотация. В статье описано исследование проведенное с целью выявления наличия у студентов-медиков ипохондрии и проведения профилактических мероприятий. Гипотеза о том, что обучение в медицинском университете влияет на формирование у студентов ипохондрии, не подтвердилась данными исследования.

Ключевые слова: здоровье студентов, ипохондрия, профилактика, тревожность, самооценка, уровень притязаний.

Актуальность. За время обучения в высших образовательных учреждениях резко снижаются показатели здоровья студентов. Наблюдение за собственным здоровьем студентами медицинских вузов необходимое направление развития профессиональных компетенций. Нередки случаи превращения этого наблюдения в определенное ипохондрическое начало.

Исследование было проведено в ГБОУ ВПО Красноярском государственном медицинском университете им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России. Основная деятельность заключается в реализации программ высшего профессионального образования, подготовке высококвалифицированных специалистов по разным направлениям медицины. Исследование студентов проводилось во вне учебное время. В исследовании приняли участие две группы студентов: первая состояла из 15 человек 3 курса Факультета фундаментального медицинского образования, вторая группа – контрольная, состояла из 15 студентов 3 курса различных университетов города Красноярска не медицинского профиля. Получен-

ные данные исследования были проанализированы и наглядным образом представлены на диаграммах.

Для исследования наличия ипохондрии у студентов-медиков был подготовлен и проведен комплекс диагностических методик. Все диагностические методики отвечают целям нашего исследования, подобраны с учетом пола и возраста, исследуемых студентов и позволяют в совокупности выявить наличие ипохондрии. В комплекс диагностических методик входит:

- Гиссенский опросник соматических жалоб;
- Тест на исследование самооценки Дембо-Рубинштейн в модификации А. М. Прихожан;
- Тест на исследование тревожности Спилбергера;
- Анкета.

Для сбора анамнеза была разработана анкета, состоящая из 15 вопросов с вариантами ответов «да» либо «нет». Вопросы были составлены исходя из причин возникновения ипохондрии, а также ее признаков проявления. Каждая анкета интерпретировалась индивидуально, и данные соотносились с тестовыми методиками. А также по результатам анкеты, были заданы уточняющие вопросы в устной форме, индивидуально. Данный метод позволил качественно оценить все возможные риски возникновения ипохондрии у каждого студента, а также он стал решающим в составлении профилактической беседы.

В результате проведения диагностики мы получили следующие данные по методике «Гиссенский опросник соматических жалоб (Giesener Beschwerdebogen, GBB)» (Таблица 1):

Таблица 1 – Средние показатели выраженности соматических жалоб

Название шкалы	Среднее значение
Истощение (И)	3,8
Желудочные жалобы (Ж)	5,2
Ревматический фактор (Р)	5,6
Сердечные жалобы (С)	0,6
Давление (интенсивность) жалоб (Д)	15,2

Из показателей таблицы средних значений можно сделать вывод о том, что все значения шкал в пределах нормы, однако есть жалобы, к которым студенты обратили внимание - желудочные жалобы и боли в различных частях тела или ревматический фактор. Шкала «желудочные

жалобы» отражает синдром нервных (психосоматических) желудочных недомоганий, шкала «ревматический фактор» выражает субъективные страдания пациентов, носящие спастический (судорожный) характер.

По этой же методике вторая группа студентов из университетов медицинского профиля показала следующие результаты (Таблица 2):

Таблица 2 - Средние показатели выраженности соматических жалоб

Название шкалы	Среднее значение
Истощение (И)	2,3
Желудочные жалобы (Ж)	0,3
Ревматический фактор (Р)	3,7
Сердечные жалобы (С)	0
Давление (интенсивность) жалоб (Д)	5,8

Также из показателей видно, что значение шкал минимально, как и у предыдущей группы испытуемых, однако в сравнительной схеме (Рисунок 1) отчетливо можно проследить, что у группы 1 показатели выше.

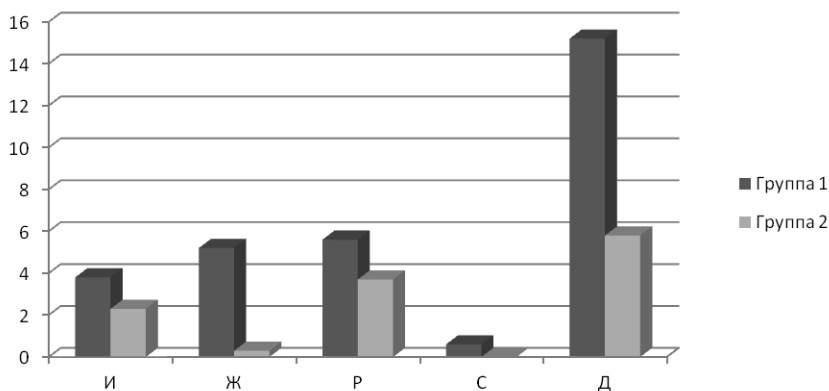


Рис. 1. Сравнение средних показателей группы 1 и группы 2

Таким образом, исходя из результатов методики «Гиссенский опросник соматических жалоб» можно сделать вывод о том, что, несмотря на невысокие показатели шкал, у студентов-медиков (группа 1) преобладают желудочные жалобы и ревматические жалобы, в то время как у группы студентов других вузов только ревматические жалобы. Однако, как и в первой группе, так и во второй все показатели шкал в пределах допустимой нормы.

Следующая ступень исследования осуществлялась с помощью методики «Тест исследования личностной и ситуативной тревожности Спилберга». В нашем исследовании мы отдаем приоритетное внимание личностной тревожности, так как личностная тревожность - это индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. И как отмечалось выше, тревожность является одним из диагностических признаков ипохондрии.

В результате проведения диагностики по данной методике мы получили следующие данные (Рисунок 2) (Таблица 3).

Таблица 3 – Сравнение средних показателей тревожности

Наименование группы	Личностная тревожность (ЛТ)	Ситуативная тревожность (СТ)
Группа 1	33,8	43,2
Группа 2	27,6	31,4

Исходя из результатов данной методики, можно сделать вывод о том, что у группы студентов-медиков (группа 1) личностная и ситуативная тревожность в пределах средних границ или умеренная тревожность.

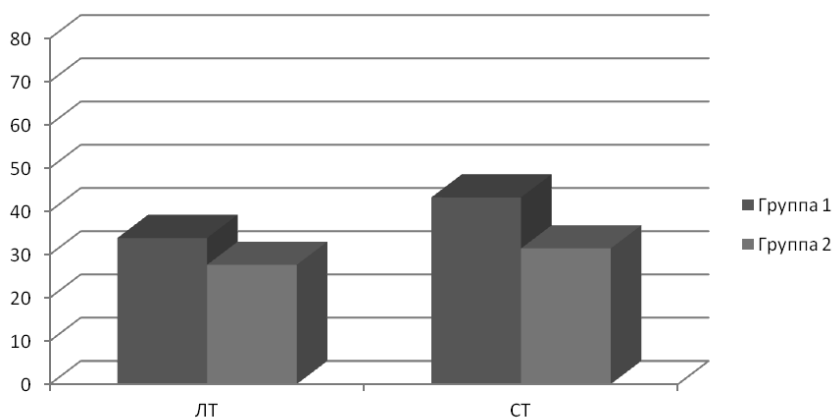


Рис. 2. Сравнение средних показателей тревожности

При этом у группы первой балл ситуативной тревожности превышает личностную, что вполне допустимо и не является отклонением. Так же как и в первой методике, у группы второй (студенты других ВУЗов) достаточно низкие показатели тревожности. Личностная тревожность низкая, ситуативная оценивается как умеренная по нижнему порогу.

В ходе анализа результатов следующей методики - «Исследование самооценки по методике Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан» упор делался на три шкалы: «Здоровье», «Внешность», «Уверенность в себе», так как человек, страдающий ипохондрией, приковывает свое внимание именно к этим трем составляющим своего тела. Методика для исследования самооценки послужила дополнительной методикой для качественного анализа испытуемых групп, в связи с чем, количественный средний показатель важной роли не играет.

В целом по трем шкалам уровень самооценки у группы 1 варьировал от 43 баллов до 62 баллов, что означает реалистичную (адекватную) самооценку. Уровень притязаний расходится максимально на 10 баллов по восходящей, что так же является в пределах нормы. У группы 2 уровень самооценки находится в диапазоне 54-70 баллов, уровень притязаний расходится на 5 баллов, что также является в пределах нормы. (Таблица 4)

Таблица 4 – Общие показатели групп по Дембо-Рубинштейн

Наименование группы	Уровень самооценки	Уровень притязаний	Расхождения
Группа 1	43-62	53-72	10
Группа 2	54-70	50-75	5

Таким образом, у обеих групп уровень самооценки и уровень притязаний соответствуют адекватным представлениям.

Для анализа результатов последней диагностической методики – анкеты использовался также качественный метод, каждая анкета рассматривалась индивидуально, с целью собрать анамнез жизни испытуемых, а также для того, чтобы наилучшим образом составить профилактические рекомендации.

Исходя из результатов анкеты, из первой группы испытуемых лишь три человека имеют хронические заболевания на протяженном отрезке жизни и уделяют своему здоровью повышенное внимание. У группы второй – лишь один человек. Однако ни у одного испытуемого не отмечается, согласно данным анкеты, боязни смерти или постоянного подозрения на возникновение новой тяжелой болезни.

Таким образом, гипотеза о том, что обучение в медицинском университете негативно влияет на формирование у студентов ипохондрии, не подтвердилась данными исследования.

В результате проведенных исследований выраженных отличий в результатах групп не было выявлено. Однако, небольшие различия в показателях все-таки можно проследить, например, в таких как уровень тревожности. У студентов-медиков незначительно уровень тревожности выше, чем у студентов других ВУЗов.

Гипотеза о том, что обучение в медицинском университете влияет на формирование у студентов ипохондрии, не подтвердилась данными исследования. Не смотря на такой результат исследования, со студентами, имеющими хронические заболевания и умеренную личностную тревожность, была проведена профилактическая работа.

Список литературы

1. Дружинин В. Н. Экспериментальная психология : учеб. пособие. СПб. : Питер, 2003. 318 с.
2. Колкова С. М. Проблема позитивного изменения личности студентов – будущих психологов // Вестник ЯГУ им. М.К.Аммосова. 2009. Т. 6, № 4. С. 90–95.

УДК 159.9.07: 618.2

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

К. В. Рахманова, М. А. Лисняк, И. А. Маклакова
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Аннотация. Беременность и роды представляют собой естественный период в жизни женщины, закономерный этап существования семьи. Изменения, протекающие в женском организме при беременности, носят комплексный, психофизиологический характер. Работа психолога, направленная на профилактику невротических состояний, крайне важна. От того, получит ли женщина квалифицированную психологическую помощь, зачастую зависит протекание беременности, родов, послеродового периода.

Ключевые слова: психологическое сопровождение беременности, формирование здорового образа жизни, цели и задачи деятельности психолога, постабортный синдром.

Актуальность. Беременность и роды представляют собой естественный период в жизни женщины, закономерный этап существования семьи. Изменения, протекающие в женском организме при беременности, носят комплексный, психофизиологический характер. Проявляясь сначала в виде изменения настроения, а также психического и психологического дискомфорта, которые вызваны повышением чувствительности к запахам, сонливостью, утомляемостью, тошнотой и рвотой в первом триместре беременности, дальнейшем они, — согласно моделям образования невротической реакции, или невроза, могут привести и к развитию психической и соматической патологии. Работа психолога, направленная на профилактику таких состояний, крайне важна. От того, получит ли женщина квалифицированную психологическую помощь, зачастую зависит протекание беременности, родов, послеродового периода.

Психологическая работа с беременными женщинами осуществляется в соответствии с Конституцией и действующим законодательством Российской Федерации, нормами международного права («Всемирной Конвенцией по правам человека», «Конвенцией о правах ребенка», «Конвенцией об охране материнства»). Она призвана способствовать повышению ценности семьи и материнства в общественном сознании, содействовать нравственному воспитанию будущих родителей, укреплению психического и физического здоровья беременных женщин. Психологическая работа (психологическое консультирование) осуществляется на основании добровольного информированного согласия и отличается разнообразием форм, выбор которых производится индивидуально и в соответствии с желанием женщины.

Работу психолога можно сравнить с работой бойца «невидимого фронта»: она очень тонкая, нюансированная, требует гибкости мышления и наличия дипломатических навыков. Ко всем роженицам необходимо применять индивидуальный подход. Очень важно вовремя замечать и правильно интерпретировать немотивированную агрессию, тревогу, страхи. Необходимо понимать, что все это связано, прежде всего, с психофизиологией женщины во время беременности и после родоразрешения, при этом влияние оказывают возраст женщины и имеющиеся у нее заболевания. Психологом проводится весь комплекс мероприятий: индивидуальные беседы, консультации, разъяснительные работы. Параллельно проводится работа с родственниками рожениц, если у них возникает необходимость беседы с психологом, в ходе которой дается правильное информационное видение ситуации.

Постановка проблемы. В настоящее время велик риск возникновения различных патологических состояний во время беременности. Общеизвестно, насколько облегчается протекание беременности, снижается риск возникновения различных патологических состояний и, — соответственно, — увеличивается число здоровых новорожденных, если женщина спокойна, эмоционально настроена на благополучное материнство, чувствует поддержку медиков и близких людей.

Материалы и методы. В работе с женщинами была использована специально разработанная психокоррекционная программа, в исследовании приняли участие 25 женщин.

Результаты и их обсуждение. В формировании здорового образа жизни немаловажную роль играет осведомленность об особенностях состояния психики во время беременности и готовность женщины следовать рекомендациям специалистов. На отношение женщины к беременности оказывают влияние социальные факторы, внутрисемейные взаимоотношения, преморбидные особенности личности и т.д.

Экономические трудности, переход к новым, сформированным средствами массовой информации, критериям качества жизни и болезненное переживание собственного несоответствия этим критериям, изменения в системе здравоохранения, связанные с переходом к системе медицинского страхования, имеют своим следствием неуверенность в завтрашнем дне, которая оборачивается для женщины длительным психоэмоциональным стрессом.

У многих, особенно юных женщин, с наступлением беременности возникают тревожные опасения не только по поводу здоровья будущего ребенка, но и страх, сомнения в возможности сохранить «женственность», «сексуальную привлекательность», прежний образ жизни и внешность, а также прежний уровень отношений с отцом ребенка.

Это касается сложных внутрисемейных ситуаций, либо бывает обусловлено преморбидными чертами личности (лабильность и слабость нервной системы, сенситивность, эмоциональная нестабильность, повышенная тревожность и ранимость, или же наоборот, — эгоцентризм и упрямство). Являясь обычной характерологической нормой, в период беременности и родов эти индивидуальные особенности личности могут сыграть негативную роль. К сожалению, далеко не всегда женщина может получить от врача женской консультации столь необходимую ей психологическую помощь. Психологическая помощь должна быть адекватна переживаемой женщиной ситуации, в связи с чем целесообразно выделять следующие группы пациенток: женщины, желающие родить ребен-

ка и воспитывать его в семье; женщины, собирающиеся родить ребенка и имеющие намерение оставить его в роддоме; женщины, решившие по разным причинам прервать беременность;

Работа с женщинами каждой группы. Первая группа

Работа психолога с женщинами первой группы направлена на психологическую подготовку к родам и материнству, обеспечению благоприятного психоэмоционального настроения в течение беременности, повышению доверия к врачу. Работа с окружением беременной женщины также является важным компонентом оказания психологической поддержки.

Цели и задачи деятельности психолога:

- обеспечение совместно с акушерами-гинекологами и близкими женщины (семья, включая родителей беременной), установки на благополучное течение беременности и родов, включая предоставление информации, касающейся особенностей протекания беременности;

- помощь в преодолении, трудностей, связанных с изменением самочувствия, тревожности, беспокойства за судьбу будущего новорожденного; способствующей формированию уверенности в своих силах, счастливому переживанию естественного и прекрасного состояния подготовки к материнству;

- в случае возникновения личностных или семейных проблем помощь в выборе наиболее щадящего способа разрешения конфликта, посредством актуализации позитивных способностей женщины;

- подготовка женщины к рождению ребенка, вскармливанию, к уходу за младенцем, его воспитанию и т.п.

При наличии заинтересованности женщины в психологической помощи важно:

установление доверительных, равноправных отношений, с работающим с ней непосредственно психологом или психотерапевтом. Психолог должен уважительно относиться к ценностным ориентациям и взглядам женщины; создание диалогических отношений сотрудничества; с согласия женщины определяется социальная ситуация (возраст, образование, профессия, жилищные условия, уровень материального обеспечения) и намечается план работы с психологом; при наличии личностных или семейных проблем, совместно с женщиной создается план деятельности по их преодолению. К этой работе, в случае необходимости, подключаются другие специалисты и работники социальной сферы; при необходимости и с согласия близких может быть проведена психологическая работа с семьей (как коллективная и индивидуальная с отдельными членами семьи) беременной женщины как по преодолению имеющихся проблем, так и по подготовке к родительству.

Итогом работы должна стать стабильная положительная установка на беременность и роды, готовность женщины к материнству, снижение уровня тревожности. Повышение компетентности в вопросах поддержания здорового образа жизни, поведения в родах и послеродовом периоде, а также в вопросах правильного вскармливания и воспитания ребенка.

Вторая группа. В процессе работы с женщинами, собирающимися родить ребенка и имеющими намерение оставить его в роддоме, задача психолога заключается в том, чтобы:

- выявить факторы, подталкивающие женщину к принятию такого решения;
- помочь женщине осознать всю ответственность и важность, принимаемого ею решения;
- оказать женщине эмоциональную поддержку, выразить свою заинтересованность и желание помочь в трудный для нее период.

В любом случае, психологическая помощь может быть оказана, исходя из индивидуальных особенностей личности женщины: социальных, психологических и физиологических факторов, оказывающих влияние на данную проблему. Безусловно, есть и общие моменты или причины, которые женщины предлагают в качестве аргументации своего отказа от ребенка. Благодаря кажущейся актуальности внешних причин, «вынуждающих» женщину поступить подобным образом, внутренние психологические проблемы остаются недоступными для осмысления и проработывания самой женщиной, вследствие чего могут развиваться тяжелые психологические состояния, такие как невроз, депрессия, повышенная тревожность и чувство вины и т.д. вплоть до послеродового психоза (если к этому была предрасположенность). В отечественных и зарубежных исследованиях проблемы отвержения от новорожденного отмечается значение комплекса патогенных факторов в возникновении и осуществлении решения об отказе, а также роль закономерностей развития кризисной ситуации в реализации такого решения. В ряде исследований были выявлены психические последствия для матери ее отказа от ребенка.

Авторы отмечают, что подобный шаг является для женщины стрессовым фактором, способствующим возникновению и развитию у нее психических и физических нарушений. Нарушения не уменьшаются даже спустя десятилетия после отказа, а в 48 % случаев «чувство потери» возрастает; в момент отказа женщины вытесняют свое горе и прячут свои чувства.

Предположение о том, что именно отказ от новорожденного вызывает тревогу и депрессию у матери, подтверждается данными об улучшении

эмоционального состояния женщины при изменении решения в пользу воссоединением с ребенком. Вполне вероятно, что в основе тревожности и депрессии женщин, отказавшихся от своих младенцев, лежат внутренние конфликты.

Если выбор уже сделан, психолог должен помочь женщине более глубоко осознать связь между сделанным ею выбором и состоянием, в котором она находится. Парадоксально, но понимание того, что поступок консультируемой противоречит совести, не ухудшает, а улучшает ее состояние. Осознание этой связи может изменить ее первоначальное решение об отказе от ребенка.

Индивидуальный подход психологической помощи женщинам-отказницам предполагает и решение общих задач по данной проблеме.

Основные задачи психологического консультирования:

- выявление актуального нравственного внутреннего конфликта у женщин, отказавшихся от ребенка;
- анализ динамики нравственных конфликтов матерей-отказниц;
- помощь в осознании и решении внутреннего конфликта.

Психологическая помощь предполагает беседу в доверительной атмосфере при помощи «научного» диалога (который не совпадает с житейским). Психолог не стремится быть чужой совестью, не навязывает свои установки и оценки, не изменяет по своему разумению другого, а, сочувствуя ему, разделяя его боль и беду, стремится помочь пробуждению скрытых духовных сил. Психолог играет роль помощника в диалоге с собеседником, чтобы состоялся его внутренний диалог. Женщине, оказавшейся в кризисной ситуации необходим диалог с человеком, верящим в нее, в ее духовные возможности; тогда она начинает верить в себя и открывает эти возможности.

Третья группа. При работе с женщинами, решившими прервать беременность, деятельность психолога заключается в предоставлении всей информации о вредных для психики пациентки последствиях такого решении в попытке совместного анализа кризисной ситуации, помощи в преодолении личностных конфликтов. Поскольку после прерывания беременности отсутствует наблюдение за пациенткой в течение продолжительного периода времени, в большинстве случаев в поле внимания специалистов не попадают психические состояния, индуцированные абортom (известные в литературе под общим названием - постабортный синдром), которые по частоте встречаемости в работе психолога занимают одно из первых мест.

Постабортный синдром нередко принимает вид реактивной депрессии, которая протекает:

а) в форме эмоционально-аффективного шока. Обычно развивается через 2–5 дней после аборта у личностей инфантильных, с истероидными чертами характера. Обыкновенно выражается в слезливости, демонстративных компонентах, нарастании соматических жалоб, ипохондрическом настроении, требовании повышенного внимания к себе и т.п.

б) в форме «эмоционального паралича» — кажущегося равнодушия, спокойствия, отсутствия переживаний и т.п., которые через 5–7 дней могут смениться депрессией.

Наблюдаемые близкими неожиданные характерологические изменения в большинстве случаев влекут за собой межличностные, производственные и внутрисемейные конфликты, которые усугубляют тяжесть психического состояния женщины.

Реактивная депрессия как форма проявления постабортного синдрома попадает в поле зрения акушеров-гинекологов в случае возникновения соматических осложнений и поэтому возникает необходимость дифференцировать постабортный синдром с эндогенной депрессией.

Большинство женщин с постабортным синдромом отмечают появление чувства вины, угрызений совести, их состояние характеризуется утратой надежды стать матерью. По мнению многих психологов, такого рода переживания имеют тенденцию со временем нарастать, что может привести к нездоровой ситуации в семье и разводу. Для постабортного синдрома характерна так называемая «мерцающая симптоматика», редко «улавливаемая» акушерами-гинекологами, но знакомая психологам. Весьма вероятно, что этим и обусловлен механизм привычного выкидыша как одна из форм постабортного синдрома, когда «мерцание» и приходится на субъективно опасный для женщины срок беременности.

Психологическая помощь женщинам, страдающим постабортным синдромом, но обратившимся к специалистам по истечении большого срока после аборта, требует много времени и далеко не всегда оказывается достаточно эффективной. Это вызвано накоплением — «потенцированием» длительных отрицательных переживаний.

При работе с женщинами, решившими прервать беременность, целями и задачами психолога являются: не выходя за границы на профессиональной этике психолога, информировать женщину о возможных негативных последствиях для ее психического самочувствия в случае принятия решения о прерывании беременности. Информация должна быть доведена до сведения в доступной форме. Методы суггестии, манипулирования сознанием беременной категорически недопустимы; учитывая характерологические особенности женщины, жизненную ситуацию, актуализировать

позитивные, моральные и нравственные потенции личности, способствующие индивидуально приемлемому разрешению кризисной ситуации.

Поскольку обычно женщины, решившие прервать беременность, более психически уязвимы, чаще пребывают ситуации сомнений по поводу предстоящего аборта, психологу необходимо быть предельно корректным и уделять особое внимание следующим этапам консультационной работы:

- установление взаимопонимания между психологом и женщиной, исключение оценочных суждений, проявляемых в любой форме, по поводу решения прервать беременность;

- установление доверительных, но исключающих переключивания принятия решения (об аборте или сохранении беременности) на психолога, отношений сотрудничества, диалогических;

- выявление остроты переживаний женщины по поводу принятого ею решения, субъективной глубины восприятия ситуации как кризисной, конфликтной и причин этого. С согласия женщины психолог выясняет социальную составляющую кризиса (возраст, образование, профессия, жилищные условия, материальная обеспеченность, семейное положение и наличие близких родственников и т.п.), а также оценку жизненной и социальной ситуации с позиции самой женщины;

- выявление когнитивных и ситуационных, эмоциональных деформаций и их роль в принятии решения о судьбе ребенка, которое под влиянием вышеуказанных аспектов переживаний часто препятствует компетентному и осмысленному поведению женщины, усугубляет уже имеющиеся личностные проблемы, внутриличностные конфликты и осложняет отношения с близкими и окружающими людьми, приводя к импульсивным поступкам и препятствуя адекватному поведению в ситуации беременности;

- выявление эмоциональных негативных переживаний (тревожность, низкая самооценка, страх жизненных перемен, страх изменений в здоровье и внешности, которые могут произойти вследствие беременности и родов, боязнь ответственности и т.п.). препятствующих адекватному смысловому самоопределению позиции женщины;

- выявление с согласия женщины мнения мужа, членов семьи, близких людей, которые включают круг значимых для беременной людей, по поводу принятого ею решения о прерывании беременности.

Планируемым результатом психологической работы с беременной женщиной, решившей прервать беременность, является принятие ею осознанного, неимпульсивного решения.

В случае, если женщина изменит свое решение и предпочтёт аборт, рождение ребенка, работа психолога с ней строится согласно описанным выше целям и методам работы с будущей матерью.

Выводы. Таким образом, опыт практической работы показывает, что психокоррекционная программа эффективна, при планомерном ее использовании достигаются поставленные цели, и ее использование в родильном доме приобретает все большую актуальность.

Список литературы

1. Акин А., Стрельцова Д. Девять месяцев и вся жизнь. Роды нового тысячелетия. М. : Генезис, 2007. 638 с.
 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.
 3. Брутман В. И., Филиппова Г. Г., Хамитова И. Ю. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. 2002. № 3. С.110.
- Качалина Т. С., Третьякова Е. В., Стельникова О. М. Психологическая и физическая подготовка беременных к родам. М.: НГМА, 2005. 95 с.
- Психология и психоанализ беременности / сост. Д. Я. Райгородский. Самара: Издательский Дом БАХРАХ-М, 2003. 784 с.
- Филиппова Г. Г. Репродуктивная психология: современный этап развития перинатальной психологии в России // Психологические проблемы современной семьи. М., 2015. С. 509–514.
- Savchenko Yu. Prenatal psychology aspect of of parenting - Pedagogical Process // Theory and Practic. 2016. № 3 (54). P. 23.

УДК 159.9:616-005:616-05

СТИЛЬ ЖИЗНИ КАК КАТЕГОРИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В. В. Родионов, В. Б. Чупина

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

Аннотация. Проведен анализ понятия «стиль жизни» через категорию «образ жизни». Выявлено, что стиль жизни – это поведенческая особенность жизни человека, т. е. определенный стандарт, под который подстраивается психология и психофизиология личности, который в свою очередь может быть позитивным и негативным. В ходе экспериментального исследования установлено, что в развитии и течении основных болезней

сердца и сосудов решающую роль играет стиль жизни, соответственно, перспективными становятся вопросы его профилактики.

Ключевые слова: стиль жизни, образ жизни, удачная компенсация, неудачная компенсация, сверхкомпенсация.

Актуальность рассматриваемой проблемы чрезвычайно велика, и обусловлена тем, что состояние заболеваемости и смертности от сердечно - сосудистых заболеваний в России заставляет безотлагательно решать вопросы организации кардиологической службы на современном уровне. Ежегодно в мире, более чем у 32 млн. человек регистрируются такие заболевания как инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, сердечная недостаточность, инсульт, сосудистая смертность. Россия занимает одно из лидирующих мест в мире по смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (Федорец, 2004). В особенности остро встает вопрос об исследовании факторов риска указанных заболеваний, выявлении донозологических (предболезненных) форм с целью первичной профилактики, учитывая стиль жизни пациентов.

Целью исследования явилось изучение особенностей стиля жизни кардиологических пациентов.

Стиль жизни (по Адлеру А.) - это тот уникальный способ, который выбирает человек для реализации своих жизненных целей. Это интегрированный стиль приспособления к жизни и взаимодействия с ней. Симптом болезни или черта личности могут быть поняты лишь в контексте стиля жизни, как своеобразное его выражение.

Стиль жизни выступает как «закон движения» человека, определяющий как его поведение, так и внутреннее развитие (Адлер, 1997). Он тесно связан с направленностью личности индивида (характером конечной цели), его мотивацией. Как вид компенсации чувства неполноценности стиль жизни может различаться по успешности адаптации человека к требованиям общества. По этому критерию выделяются три основных стиля.

1. Удачная компенсация. Стремление к успеху и конечная цель подчинены социальному чувству. Человек успешно адаптируется к жизни в обществе.

2. Неудачная компенсация. Человек преодолевает чувство неполноценности способами, не одобряемыми обществом (алкоголизм, преступность), либо уходит в болезнь, служащую оправданием его неадаптированного поведения. Чувство неполноценности переходит в комплекс неполноценности, который часто скрыт за комплексом превосходства. В качестве причин возникновения данного стиля А. Адлер выделяет как наличие органических недостатков, так и неправильное воспитание.

3. Сверхкомпенсация. Стремление к успеху переходит в стремление добиться превосходства над остальными людьми. А. Адлер считал сверхкомпенсацию механизмом творчества.

Таким образом, кроме стилей, осуществляющих позитивную функцию адаптации к требованиям общества, выделяется негативный тип стиля.

Мы в нашем исследовании придерживались современной интерпретации стиля жизни как одной из категорий образа жизни. А именно, стиль жизни – это поведенческая особенность жизни человека, т. е. определенный стандарт, под который подстраивается психология и психофизиология личности, который в свою очередь может быть позитивным и негативным (Ануфриева, 1982).

Стиль жизни есть нечто большее, чем сочетание типичных способов поведения. Он есть неповторимая картина существования индивида, определяемая уникальным соединением совокупности черт и способов поведения. А это означает, что трансформация каких бы то ни было личностных черт уже сама по себе будет признаком изменения стиля жизни (Сафаран, 2008; Шадриков, 2006).

Исследование стиля жизни кардиологических пациентов проводилось на базе ГБУЗ РХ «Саяногорская межрайонная больница». Выборку исследования составили 40 пациентов больницы. Из них: 20 пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями из стационара кардиологического отделения и 20 пациентов без сердечно - сосудистых заболеваний, находящихся на лечении в пульмонологическом отделении.

Для исследования стиля жизни кардиологических пациентов были использованы следующие методики: методика «Тип поведенческой активности» (ТПА) Д. Дженкинса; тест «Ваш образ жизни» Л.Г. Качан; тест «Оценка образа жизни» А. Яссингера

Полученные результаты по методике «Тип Поведенческой Активности» (ТПА) Д. Дженкинса позволяют сделать следующие выводы.

У пациентов с сердечно–сосудистыми заболеваниями (56%), наблюдается выраженная поведенческая активность типа А, это говорит о том, что для них характерно выраженное стремление к первенству, социальному превосходству соревновательность, склонность к соперничеству и признанию, амбициозность, агрессивность по отношению к субъектам, противодействующим осуществлению планов. А также стремление к доминированию в коллективе или компаниях, легкая фрустрируемость внешними обстоятельствами и жизненными трудностями, постоянное напряжение душевных и физических сил в борьбе за успех, высокая мотивация достижения при неудовлетворенности достигнутым, упорство и

сверхактивность в достижении цели, нередко сразу в нескольких областях жизнедеятельности, нежелание отказаться от достижения цели, несмотря на «поражение».

У пациентов, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний (44%), диагностируется промежуточный (переходный) тип поведенческой активности «АБ». Данных пациентов характеризует сбалансировать деловой активности, напряженная работа со сменой занятий и умело организованным отдыхом; моторика и речевая экспрессия умеренно выражены. Лица типа АБ не показывают явной склонности к доминированию, но в определенных ситуациях и обстоятельствах уверенно берут на себя роль лидера; для них характерна эмоциональная стабильность в поведении, относительная устойчивость к действию стрессогенных факторов, хорошая приспособляемость к различным видам деятельности.

В ходе исследования по методике «Ваш образ жизни» (Качан Л. Г.) нами было выявлено, что пациенты (70%) с сердечно-сосудистыми заболеваниями чаще ведут неправильный образ жизни и им необходимо изменить некоторые из нездоровых привычек. Пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы должны понимать, что они могут оставаться практически здоровыми и трудоспособными, если будут соблюдать правильный режим и выполнять назначения и советы врача.

Так же методика помогла выявить, что пациенты без сердечно-сосудистых заболеваний (60%) ведут более правильный образ жизни, стиль жизни у них выполняет позитивную функцию.

В целом в ходе проведенного исследования нами было выявлено, что 98% кардиологических пациентов, ведут неправильный образ жизни, для них характерен негативный тип стиля жизни. В связи с данным возникает необходимость изменения некоторых из нездоровых привычек, которые позволяют им в последующем оставаться практически здоровыми и трудоспособными. Говоря о пациентах без сердечно-сосудистых заболеваний (70%), то они ведут правильный образ жизни, умеют правильно организовывать режим работы и эффективного отдыха, тем самым проявляют позитивный стиль жизни.

Таким образом, в развитии и течении основных болезней сердца и сосудов решающую роль играет стиль жизни, то есть поведение, условия труда и быта, характер питания людей. Разумная организация труда и быта, а также правильное питание дают возможность предотвратить или замедлить развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Важными становятся вопросы о возможности прогнозирования поведения человека по особенностям его стиля жизни. В частности, это открывает перспективы

использования полученных знаний для профилактической работы с кардиологическими пациентами.

Своевременная профилактика стиля жизни поможет добиться снижения смертности и увеличение продолжительности жизни кардиологических пациентов.

Список литературы

1. Адлер А. Наука жить. Киев: Post-Roual, 1997. 288 с.
2. Стиль жизни личности : монография / Р. А. Ануфриева, Е. И. Головаха, Е. А. Донченко, Е. Г. Злобина [и др.]. Киев: Наукова думка, 1982. 372 с.
3. Взаимосвязь поведенческих особенностей личности и состояния коронарных артерий у больных ишемической болезнью сердца : учеб.-метод. рекомендации / В. Н. Федорец, В. Г. Радченко, А. А. Скоромец, К. Л. Козлов. СПб., 2004. 24 с.
4. Сафарян А. В. Стиль жизни // Знание. Понимание. Умение. 2008. № 1. С. 246–248.
5. Шадриков В. Д. Мир внутренней жизни человека. М. : Университетская книга-Логос, 2006. 392 с.

УДК 159.9:616.89

ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НАРКОЗАВИСИМЫХ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО ПРОГРАММЕ «12 ШАГОВ»

А. В. Рупека, М. А. Лисняк

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

Аннотация. Одна из приоритетных задач в решении проблемы наркомании в нашей стране – реабилитация и возвращение в социум тех, кто относится к числу наркозависимых. Программа «12 шагов» и реабилитационные центры, работающие на её основе, являются на сегодняшний день наиболее признанной формой организации комплексной помощи химически зависимым. Основная цель такой реабилитации - духовная переориентация человека, и с помощью её помощью, коррекция неадаптивных черт характера. В своей работе мы провели анализ личностных изменений лиц, находящихся на реабилитации в 12-шаговых центрах, для того, чтобы оценить эффективность работы их программы, а также отследить закономерности, по которым строится процесс выздоровления. Полученные данные смогут помочь выстраивать работу специалистов этой области более продуктивно, позволят определить ресурсные аспекты личности наркозависимого.

Ключевые слова: реабилитация наркозависимых, программа «12 шагов», особенности личности наркозависимых, эффективность реабилитационного процесса, психологическая коррекция неадаптивных черт характера.

Актуальность. Наркотизация общества уже не первый десяток лет является для нашей страны одной из самых актуальных проблем. Возрастание количество преступлений, совершенных лицами в наркотическом опьянении, уменьшение среднего возраста первой пробы наркотика, появление на рынке новых форм психоактивных веществ – все это требует от государства принятия решительных мер по первичной и вторичной профилактике этого социально опасного явления. Очевидно, что подход к решению данной проблемы должен быть комплексным. Политика нашей страны, направленная на борьбу с наркоманией, призвана работать на нескольких уровнях, начиная от поддержки здорового образа жизни, заканчивая содействием раскрытию наркопреступлений мирового масштаба. Одно из важнейших её направлений – реабилитация наркозависимых. Постановление правительства Российской Федерации №846 от 15 августа 2015 г. «О поддержке некоммерческих организаций, которые занимаются комплексной реабилитацией лиц, потребляющих наркотики и психотропные вещества» подтверждает, что одним из государственных приоритетов является помощь тем, кто оказался в числе зависимых от химических веществ. Целью этого постановления является повысить эффективность деятельности негосударственных, в том числе профессиональных, реабилитационных организаций, не допускать нарушений законодательства в сфере защиты гражданских прав и способствовать повышению доступности эффективно работающих реабилитационных центров и реабилитационных программ для потребителей наркотиков.

Постановка проблемы. Эффективная реабилитация способна вернуть человека, потенциально угрожающего безопасности общества, к продуктивной трудовой и социально полезной деятельности. Однако, этот процесс довольно сложный и требует учета физиологических, психологических, социальных и духовных аспектов химической зависимости. Лишь комплексный подход к реабилитации этого заболевания способен обеспечить стойкую ремиссию. Ярким примером такого подхода можно считать программу «12» шагов, разработанную в Америке в 30-е годы, на её основе построено движение «Анонимных наркоманов». В нем накоплен многолетний опыт сотен тысяч наркоманов. Знание о болезни и выздоровлении, полученное, из первых рук, не имеет себе равных, обла-

дая огромной терапевтической ценностью. Основная цель программы «12 шагов» – духовная переориентация человека. Радикально меняются ценности, жизненные ориентиры, цель и смысл всей жизни. Человек «меняет направление» своих мыслей, устремление своих чувств: целью теперь становится не разросшееся до огромных пределов «Эго» как это было всю предыдущую жизнь; целью становится Бог, как его понимает каждый (Мехтиханова, 2008). В связи с тем, что членство в сообществе анонимное, официальной статистике достаточно сложно оценить эффективность его работы. Но тот факт, что количество групп самопомощи, состоящих из тех, кому помогла программа, растет, говорит о том, что выздоровление по модели «12 шагов» способно многим дать механизмы для трезвой жизни в обществе.

По принципам данной программы строится процесс выздоровления во многих реабилитационных центрах. В первую очередь, именно такие организации подразумеваются в постановлении, приведенном выше. На данный момент, в политике нашего государства немалое внимание уделяется оценке и регулированию их деятельности, а также поддержке тех из них, которые демонстрируют высокую экономическую и социальную эффективность. Из этого следует, что реабилитационные центры, использующие программу «12 шагов», сейчас ориентированы на активное развитие и повышение результативности своей работы. Поэтому исследования, направленные на изучение различных аспектов реабилитационного процесса можно считать актуальными. В связи с тем, что одна из главных задач реабилитации – коррекция неадаптивных аспектов личности человека, возникает проблема отслеживания личностных изменений зависимого по мере прохождения программы. Проведенное нами исследование даст инструмент для оценивания её эффективности. Также полученные данные помогут обозначить основные «мишени» реабилитационного процесса – те черты характера, которые должны подвергаться коррекции для того, чтобы обрести навыки, необходимые для трезвой жизни.

Исследование проводилось на базе реабилитационных центров города Красноярска, работающих по программе «12-шагов», а именно: АНО «Центра реабилитации и социальной адаптации «Енисей»», центра социальной помощи на базе благотворительного фонда «Ермак», реабилитационного центра «Ренессанс». Помимо соблюдения принципов программы «анонимных алкоголиков/наркоманов», они уделяют много внимания психотерапии – используются тренинги и техники различных направлений, ведется групповая и индивидуальная коррекционная работа. Также распространена трудотерапия, которая позволяет формировать и под-

держивать бытовые навыки. Центры находятся в отдалении от города, что создает информационную изоляцию, способствующую максимальной концентрации внимания на процессе выздоровления. Один из основных аспектов реабилитации в таких центрах – групповое выздоровление, круглосуточная психологическая поддержка тех, кто столкнулся с той же проблемой, передача позитивного опыта.

Всего принимали участие в исследовании 55 человек, 51 мужчина и 4 женщины в возрасте от 18 до 62 лет. Для оценки психологических качеств реабилитантов мы использовали данные тестирования, полученные с помощью методики «16-факторный личностный опросник Кетелла», форма А. Нас интересовала группа коммуникативных свойств личности: факторы А «замкнутость - общительность» и Н «робость - смелость». Они показывают готовность человека вступать в социальные контакты и то, насколько уверено он себя в них ощущает. Важнейший момент реабилитации по 12-шаговой программе – общение зависимых людей друг с другом, формирование между ними доверительных отношений. Только при соблюдении этого условия возможен обмен опытом, поиск поддержки у людей, столкнувшихся с такой же проблемой. Немаловажным является анализ качеств, которые характеризуют такое свойство, как конформность (факторы Е «подчиненность – доминантность» и Q2 «конформизм-нонконформизм»). Показатели по шкале L «доверчивость-подозрительность» отражают отношение зависимого к окружающим, степень его доверия программе. Эффективность работы по шагам напрямую зависит от того, насколько сам человек верит в возможность своего выздоровления с помощью программы. Значимым для нашей работы является анализ показателей качеств, характеризующих эмоциональную сферу личности (факторы С, О, Q4). Зависимый человек имеет специфические особенности этой сферы: высокий уровень алекситемии, высокую тревожность, низкую эмоциональную устойчивость (Шайдукова Л.К., 2008). Эти черты могут быть как причиной употребления наркотиков, так и следствием соответствующего образа жизни. В любом случае, для того, чтобы считать реабилитацию эффективной, важно проследить изменения в эмоциональной сфере в сторону повышения её устойчивости. Также мы отслеживали и сопоставляли показатели самоконтроля и отношения к социальным нормам (факторы Q3 и G соответственно), так как высокий уровень самодисциплины является важнейшим фактором, позволяющим преодолеть влечение к химическому веществу и оставаться трезвым.

Результаты и их обсуждение. Участники исследования были разделены на группы, в зависимости от времени пребывания на реабилитации: от

1 дня до 1 месяца, от 1 месяца до 3х, с 3 до 6 месяцев, с 6 до 9 месяцев. Также рассматривалась группа тех, кто уже прошел курс реабилитации и находится на различных сроках трезвости (от 9 месяцев до 3,5 лет). Среди всех испытуемых было выбрано 25 человек, относящихся к разным группам. На протяжении 7 месяцев они проходили тестирование с целью отслеживания изменений в ходе реабилитации.

В группе испытуемых, находящихся в центре от 1 дня до 1 месяца наблюдается самый большой разброс полученных данных. На таком сроке реабилитации еще происходит адаптация к новым условиям, некоторыми еще переживается период отмены наркотика и говорить о каких-либо существенных личностных изменениях еще рано. Полученные в этой группе данные позволяют определить качества, с которыми резидент начинает путь выздоровления. Трудности в коммуникативной сфере испытывают 3 из 10 представителей группы. Они имеют показатели ниже нормы по соответствующим шкалам, что говорит о преобладании таких черт характера, как замкнутость, робость, нежелание вступать в контакты с другими, погруженность в свои переживания. Половина группы имеют средние значения по этим шкалам, эти показатели говорят о том, что им не свойственно проявлять инициативу в общении, но выраженных трудностей в коммуникативной сфере они не испытывают. Только двое имеют показатели, свидетельствующие о высокой готовности вступать в контакт с другими людьми, социальной смелости и открытости в общении. У 9 из 10 человек отмечается высокий уровень показатель по шкале «подозрительность», что, может быть связано с новой и дискомфортной обстановкой и с тем, что недоверчивость является характерной чертой для химически зависимых людей. Показатели по шкалам конформности распределены таким образом: высокий уровень – 1 человек, средний уровень – 5 человек, низкий уровень – 4 человека. Эмоциональная сфера у 7 испытуемых характеризуется неустойчивостью, высоким уровнем тревожности, наблюдается склонность к негативному мышлению и депрессивному настроению. Средний уровень эмоциональной устойчивости имеют 2 человека, и лишь у одного испытуемого наблюдается эмоциональная стабильность, отсутствие тревоги и напряженности. Низкие показатели по шкале «отношение к общепринятым нормам» демонстрируют 8 испытуемых, что говорит о склонности к асоциальному поведению, нежеланию следовать установленным правилам. Показатели по шкале «самоконтроль» у 5 человек соответствуют низкому уровню, у 3 – среднему. Также среди испытуемых этой группы выявлено 2 человека с высоким уровнем самоконтроля, что, вероятно, связано с адаптацией в группе, страхом нарушить установленные в ней правила.

Период пребывания в центре от 1 месяца до 3х – время, когда продолжается адаптация к условиям реабилитации и начинается активное знакомство с программой «12 шагов». Резидент привыкает к правилам центра, приобретает опыт написания программных работ, активно участвует в проводимых мероприятиях. Как правило, на данном этапе основной задачей процесса реабилитации является преодоление отрицание, мотивация зависимого на дальнейшую работу над собой, формирование доверительного отношения к группе. Испытуемые, находящиеся на этом сроке реабилитации, демонстрируют высокий и средний уровни развития коммуникативных качеств (из 12 опрошенных соответствующие показатели имеют 11 человек). По сравнению с предыдущей группой, процент имеющих высокие баллы по шкале «подозрительность» меньше – 8 человек (66%). Среди опрошенных нет тех, чей показатель по этому фактору был меньше среднего и указывал бы на высокий уровень доверчивости. Из этого можно сделать вывод о том, что доверие к программе и группе на этом этапе еще не формируется в достаточной мере. Эмоциональная неустойчивость среди испытуемых наблюдается у 8 человек, столько же находятся в состоянии эмоционального напряжения и беспокойства (высокие баллы по шкале Q4). Несколько ниже показатель по шкале «тревожность» - 7 человек с высокими баллами, 3 - со средними, 2 – с низкими. Такие особенности эмоциональной сферы можно связать с тем, что этот этап подразумевает под собой анализ и переосмысление своего прошлого поведения, честный взгляд на себя, а это, в свою очередь, способно провоцировать фрустрацию, чувство вины и стыд. У 50% испытуемых наблюдаются высокие показатели по шкале «самоконтроль», при этом сочетающиеся с низкими показателями по шкале «отношение к социальным нормам». Это может свидетельствовать о том, что, несмотря на стремление контролировать свои эмоции и поведение, резиденты еще не пришли к пониманию, для чего им это нужно. Контроль осуществляется из-за страха нарушить многочисленные правила, но отсутствует желание эти правила признавать.

В период с 3 до 6 месяцев у резидентов происходит активная работа над собой, на этом этапе человек не только анализирует свой опыт и убеждается в необходимости менять свою жизнь, но и открывает возможности для этого. Появляется понимание «Высшей Силы», а вместе с этим и надежда на выздоровление. Укрепляется контакт с группой, что является необходимой составляющей реабилитации. «Именно в кругу выздоравливающих одновременно с ним людей пациент находит недо-

стающие ему в жизни открытость, доверие, готовность к изменениям, надежду» - отмечает важность подобной работы Е.А. Савина (2006). У всех 11 опрошенных наблюдаются высокие и средние показатели по шкалам, соответствующим уровню развития коммуникативных навыков. Это связано с тем, что общение становится неотъемлемой частью жизни резидентов. Отличительной чертой именно этой группы испытуемых стал большой процент тех, чьи показатели конформности соответствуют высокому ее уровню. Из 11 человек такие показатели имеют 5, еще 5и свойственен средний уровень конформизма и 2е отличаются выраженным нонконформизмом и склонностью к авторитарному поведению. Это может быть связано со специфическим устройством правил – резиденты постоянно находятся вместе, существует понятие «групповая ответственность». Именно в условиях реабилитации, высокий уровень конформизма можно рассматривать, как фактор, благоприятно влияющий на выздоровление. По сравнению с показателями в предыдущих группах, уменьшается количество человек, которым свойственен высокий уровень подозрительности и недоверия: таких испытуемых здесь 5 человек (45,5%). Изменяются показатели по шкалам, характеризующим эмоциональную сферу: высокий уровень эмоциональной устойчивости наблюдается у 3 человек, средний – у 5. Эмоционально неустойчивыми можно считать 3 человек. Снизились показатели тревожности и напряженности: высокий уровень этих качеств наблюдается у 3 человек, 7 человек имеют средний уровень. Показатели самоконтроля: высокий уровень у 6 человек, средний – у 3х, у 2х – низкий. В сфере отношения к социальным нормам: у 5 человек этот показатель соответствует среднему и низкому уровням, однако у остальных наблюдается склонность пренебрегать общепринятыми правилами. Это говорит о том, что существует необходимость работать над формированием у группы понимания необходимости соблюдения общественных норм, пользе этого для гармоничной жизни.

На 6-9 месяцах реабилитации резиденты обычно выходят на так называемую «стажировку», то есть, участвуют в непосредственной организации работы группы, следят за соблюдением правил. При этом, они продолжают работу над собой, готовятся к выходу в социум. Для них важно не только знать и понимать принципы программы, но и учиться применять их в повседневной жизни. Важный момент этого этапа – появление альтруистической мотивации для помощи тем, кто только начинает выздоравливать. Одновременно с этим, резиденты получают больше свободы от правил, их работа над собой становится их личной

ответственностью. Главными отличительными особенностями этой группы испытуемых являются показатели эмоциональной устойчивости: из 10 опрошенных 3е имеют высокий уровень развития этого качества, 6 – средний уровень, 1 – низкий. Снизилось количество человек с тревожностью и эмоциональной напряженностью – таких в группе только 2е. Впервые выделилась подгруппа тех, кому свойственны очень низкие баллы по этим шкалам. Это соответствует чувству расслабленности, безмятежности, удовлетворенности. «В некоторых ситуациях сверхудовлетворенность может вести к лени, к достижению низких результатов», - говорится в материалах, посвященных интерпретации теста Кеттелла.

Таким образом, можно предположить, что получив больше свободы в выборе занятий, некоторые резиденты на сроке стажировки могут нивелировать значимость работы над собой. По сравнению с предыдущей группой, среди испытуемых стало меньше тех, кому свойственен высокий уровень конформизма: 30% человек имеют соответствующие показатели. Это можно связать с тем, что у резидентов пропала необходимость постоянно следовать за группой, появились возможности для формирования и отстаивания своей позиции. Среди показателей самоконтроля наблюдается преобладание оценок, соответствующих среднему его уровню. На наш взгляд, это коррелирует со снижением в этой группе уровня эмоциональной напряженности, и может быть связано с изменением для «стажеров» условий и правил пребывания в центре. Человек способен регулировать свое поведение в достаточной мере, но теперь не фиксируется на этом, контроль происходит более естественно. Из 10 человек 3 демонстрируют высокую сознательность по отношению к соблюдению социальных норм. Это может говорить о том, что необходимость следить за соблюдением правил ведет к повышению сознательности того, кто это делает. В целом пренебрежение к социальным нормам наблюдается только у 20%, что может свидетельствовать о понимании в данной группе правил и необходимости их соблюдения. Важным аспектом, который удалось проследить в группе, является тот факт, что только 50% человек имеют низкий и средний уровень подозрительности. У остальных балл по этой шкале соответствует склонности относиться к окружающим с недоверием и настороженностью. Это позволяет сделать вывод о том, что подозрительность – черта, которая наименее подвержена коррекции в процессе реабилитации.

В исследовании ставилась задача посмотреть, какие свойства характера устойчиво формируются у тех, кто прошел основной курс

реабилитации. Это позволит оценить результат реабилитационного процесса и понять, какие особенности личности характерны для «бывших» наркоманов. Для этого тестирование проводилось среди 8 человек, имеющих срок «трезвости» от 9 месяцев и до 2 лет. Мы получили достаточно противоречивые данные. 5 человек имели показатели тестирования, соответствующие относительной гармоничности личности: достаточный уровень развития коммуникативных качеств, эмоциональную стабильность, высокую степень самодисциплины. У остальных испытуемых наблюдались трудности в той или иной сфере: двоим свойственны высокий уровень эмоциональной тревожности и напряженности, депрессивность, склонность к чувству вины, одному – замкнутость, нежелание вступать в контакт и высокий уровень подозрительности. Такие результаты свидетельствуют о том, что после прохождения курса реабилитации, столкновения с различными трудностями способны провоцировать личностный регресс. Это ставит перед нами новые задачи для исследований, например, необходимость отследить закономерности такого регресса, выявить факторы, его провоцирующие. Из литературы и опыта специалистов, работающих с зависимым поведением известно, что после реабилитации, наркозависимый переживает несколько кризисных периодов. В это время могут возникать проблемы в эмоциональной и других сферах его личности. Наше исследование подтвердило этот факт.

Для того, чтобы оценить индивидуальную динамику резидентов на протяжении реабилитации, мы выбрали 15 человек (14 мужчин и 2 женщины). На каждом этапе реабилитации с ними проводилось тестирование для того, чтобы оценить изменения и сопоставить их с уже полученными данными. Результаты этой работы совпали с результатами тех исследований, которые мы проводили ранее. Анализируя их, можно сделать вывод о том, что реабилитационный процесс, построенный по принципам программы «12 шагов», подразумевает под собой значительную перестройку личности зависимого человека.

Выводы. В процессе реабилитации по программе «12 шагов» у реабилитантов изменяются коммуникативные качества: повышается уровень открытости, социальной смелости. Становится выше уровень конформности, но это происходит на том этапе, когда эти качества повышают продуктивность реабилитации. Около половины резидентов на поздних её этапах возвращают уровень склонности к конформизму близко к тому, что был до начала реабилитации. Значительные изменения претерпевает эмоциональная сфера: повышается эмоциональная устойчивость, снижается

уровень тревожности. Появляется адекватная способность к осуществлению самодисциплины, в положительную сторону меняется отношение к социальным нормам. Наиболее сложным для изменений является подозрительность и недоверчивость зависимых людей – более половины из них сохраняют в своем характере настроенность по отношению к людям и окружающему их миру.

Полученные нами данные могут быть использованы для дальнейших исследований в этой области, например, оценки эффективности реабилитации у различных возрастных и социальных групп. Не менее важна полученная информация для совершенствования реабилитационного процесса. Использование ресурсных сфер (например, коммуникативной), компенсация наиболее выраженных дезадаптивных черт, учет психологических особенностей реабилитантов на различных этапах выздоровления позволит строить работу более продуктивно.

Список литературы

1. Мехтиханова Н. Н. Психология зависимого поведения : учеб. пособие. 2-е изд. М.: Флинта: МПСИ, 2008. 160 с.
2. Миннебаев Р. Х. Наркотизация как фактор преступности // Юридическая наука и практика: Вестник Нижегородской академии МВД России. 2014. № 4. С.145–148.
3. Савина Е. А. Возвращение Кая : зависимость от алкоголя и наркотиков, выздоровление. 2-е изд., испр. и доп. М. : Лепта кн. [и др.], 2015. 349 с.
4. Шайдукова Л. К. Классическая наркология : учеб.-метод. пособие для студентов, интернов, ординаторов и врачей. Казань : Ин-т истории им. Ш. Марджани АН РТ, 2008.
5. Шайдукова Л. К., Халабуда Л. Н. Модель реабилитации наркозависимых в современном социально-реабилитационном центре // Наркология. 2012. № 2. С.72–76.
6. Анонимные наркоманы, базовый текст [Электронный ресурс] // Официальный сайт русскоязычного сообщества «анонимные наркоманы». URL: <http://www.na-russia.org>, свободный (дата обращения 1.10.16).
7. Постановление правительства России №846 от 15.09.15 «О предоставлении поддержки социально ориентированным некоммерческим организациям, осуществляющим деятельность в области комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, осуществляющих незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ» [Электронный ресурс] // Информационно-публицистический ресурс «Нет наркотикам». URL: <http://www.narkotiki.ru>, свободный (дата обращения 1.10.16).
8. Реабилитация наркозависимых – ключ к гуманной наркополитике. Выработка критериев оценки деятельности центров по реабилитации и ресоциализации наркозависимых. Стенограмма рабочего совещания депутата Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации VI созыва, члена Комитета Государственной Думы по физической культуре, спорту и делам молодежи Н.С. Валуева. 21 ноября 2014 года // Наркология. 2015. № 1 (157). С. 84–112.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ

Д. В. Сацук, С. М. Колкова

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

Аннотация. В статье представлено исследование личностной тревожности, активности, рефлексивности и субъективного ощущения одиночества. В соответствии данным исследования внимание в коррекции психологического здоровья предлагается уделить этим параметрам.

Ключевые слова: тревожность, активность, рефлексивность, субъективное ощущение, одиночество, коррекция, психологическое здоровье.

Актуальность. Психологическое здоровье отражает особенности генезиса психического развития. Основой психологического здоровья является полноценное психическое развитие на всех этапах онтогенеза. Следовательно, в определение этого понятия должна быть заложена возможность развития человека на всем протяжении его жизненного пути. Необходимо добавить также и требование гармонии не только между человеком и средой, но и между различными составляющими его личности — рациональным и эмоциональным, психическим и телесным, разумом и интуицией и т. п.

Психологическое здоровье человека связано с особенностями личности, интегрирует все аспекты внутреннего мира человека и способы его внешних проявлений в единое целое. Психологическое здоровье одна из важнейших характеристик, влияющая на протекания становления и развития личности. Поддержание, сохранение и коррекция психологического здоровья детей и подростков — одна важнейших задач детских учебных и воспитательных учреждений. В нашем исследовании мы остановились на личностной тревожности, активности, рефлексивности и субъективном ощущении одиночества. В число респондентов исследования были включены 62 учащихся в возрасте от 17 лет в гимназии №11 им. А.Н. Кулакова.



Рис. 1. Диаграмма личностной тревожности учащихся

Повышенная личностная тревожность наблюдается у 20 учащихся, что составляет 28% выборки. Средние и низкие показатели по шкале личностной тревожности имели 32 испытуемых (71%). В дальнейшем исследовании будут принимать участие только 20 учащихся.

Самочувствие

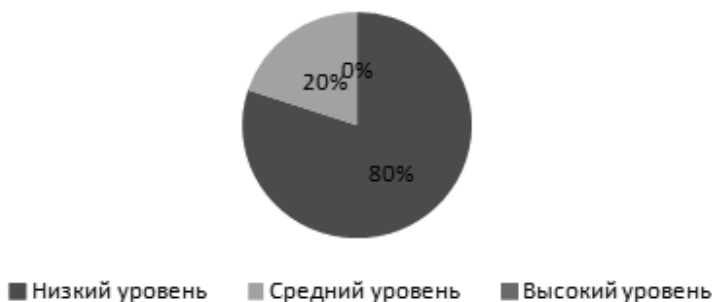


Рис. 2. Диаграмма самочувствия учащихся

Следующее исследование соответствует критерию позитивного самочувствия (позитивный основной эмоциональный фон настроения), позитивного восприятия окружающего мира. В этом исследовании объём выборки состоял из 20 испытуемых с повышенной тревожностью. Результаты данного исследования распределились следующим образом. Шкала самочувствие имеет следующие результаты: 16 (80%) испытуемых низ-

кий уровень самочувствия, 4 (20%) испытуемых имели уровень средний, данные результаты были внесены в диаграмму.

Следующая шкала данной методики «Активность». Низкий уровень имеют 15 (75%) испытуемых, средний уровень 2 (10%), высокий уровень 3 (15%).

АКТИВНОСТЬ

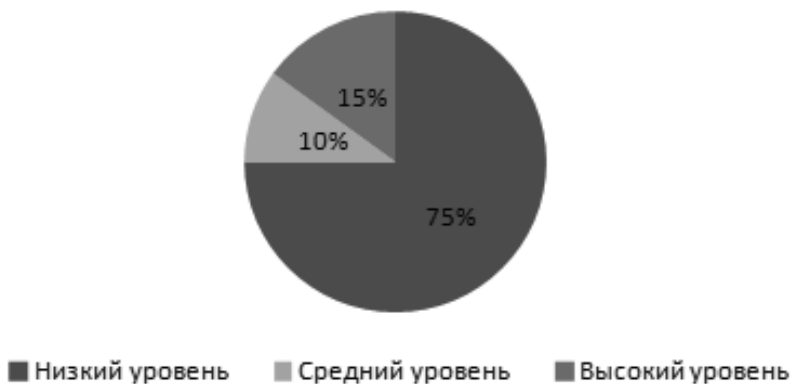


Рис. 3. Диаграмма активности учащихся

Следующий критерий — это высокий уровень развития рефлексии. Результаты теста «определение уровня рефлексивности А.В. Карпов, В.В. Пономарева» следующие: высокий уровень рефлексии имеют только 4 (20%) учащихся, средний 2 (10%) и низкий 14 (70%). Что можно увидеть на следующей диаграмме.

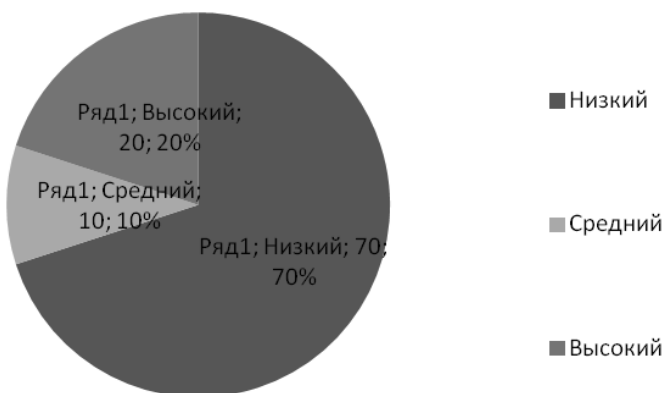


Рис. 4. Диаграмма уровня рефлексивности учащихся

Следующий критерий исследоваться будет с помощью методики диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела И М. Фергюсона. Результаты распределились следующим образом: 17 (85%) испытуемых имеют высокие баллы по шкале субъективное ощущение одиночества, 2 (10%) имеют средний уровень, 1 (5%) низкий уровень. Для наглядности это можно увидеть на диаграмме.

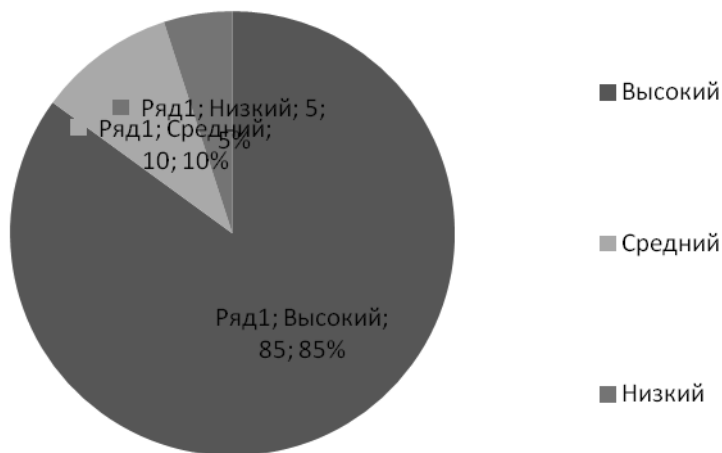


Рис. 5. Диаграмма субъективного ощущения одиночества учащихся

Психологическое здоровье является важной составляющей социального самочувствия человека, с одной стороны, и его жизненных сил, с другой. Вместе с тем многие проблемы, возникающие у человека, не являются показателем психического нездоровья и могут быть решены другим не медицинским путем (улучшение памяти, внимания, мышления; формирование необходимого уровня коммуникаций; самопрезентаций; стремление к реализации своих возможностей; решение внутриличностных и межличностных конфликтов; освобождение от тревожности, стрессов, фрустраций, различного рода психических зависимостей и др.). В соответствии с данным нашего исследования особое внимание в психологической коррекции психологического здоровья подростков необходимо уделить субъективному ощущению одиночества, самочувствию, активности, рефлексивности.

Список литературы

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

2. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / под ред. И. В. Дубровиной. Екатеринбург : Деловая книга, 2000. 176 с.
3. Микляева А. В., Румянцева П. В. Школьная тревожность: диагностика, профилактика, коррекция. СПб.: Речь, 2004. 248 с.
4. Никифоров Г.С. Психология здоровья : учебник для вузов. СПб. : Питер, 2006. 607 с.
5. Сенкевич Л. В. Методики оценки уровня психологического здоровья у детей школьного возраста. М.: РУДН, 2007. 126 с.

УДК 159.9.07

ИССЛЕДОВАНИЕ АКЦЕНТУАЦИЙ ЛИЧНОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Ю. М. Смирнова, Ю. В. Живаева

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

Аннотация. В статье рассматривается многогранность характера личности. Целью исследования является изучение акцентуаций характера студентов лечебного и педиатрического факультета. В результате проведенного исследования выявлено, что и у студентов лечебного и у педиатрического факультетов наблюдается акцентуация сочетанного типа по нескольким признакам. Было выявлено, что у обеих групп студентов преобладание таких типов акцентуаций, как гипертимность, эмотивность, циклотимичность и демонстративность. Так же, исследование показало, что у студентов педиатрического факультета наблюдается повышенный уровень экзальтированности и педантичности, в то время, как у студентов лечебного факультета показатели вышеперечисленных акцентуаций занижены.

Ключевые слова: акцентуации характера, характерологические особенности личности, студенты лечебного и педиатрического факультетов.

Актуальность. Характер человеческой личности всегда многогранен. Его определяет совокупность черт, качеств личности. Все эти черты, или качества, личности можно условно разделить на несколько групп, которые отражают отношение человека к разным сторонам жизни. В каждую группу входят позитивные и негативные качества. Выделяют группу черт, в которых проявляется отношение человека к окру-

жающим его людям и к обществу в целом. Позитивными качествами, которые входят в эту группу, являются коллективизм, общительность, чуткость, преданность, доброта, честность, правдивость, искренность и др., отрицательными - эгоизм, черствость, лживость, лицемерие и т. д. Следующая группа включает черты характера, в которых выражаются отношение человека к самому себе, самооценка личности. В зависимости от самооценки личность может быть довольна собой или осуждать себя, соглашаться с собой или находиться в состоянии внутренней борьбы. Позитивными чертами характера являются уверенность в себе, реалистичная самооценка, к отрицательным относятся неадекватно завышенная самооценка, излишняя строгость к себе, недооценка себя, неуверенность в своих силах, застенчивость. Таким образом акцентуации могут развиваться с учетом характерологических особенностей личности (Шарова Н. В., 2007).

Акцентуация – это не патология, а крайний вариант нормы. Доля акцентуированных личностей во взрослом населении составляет примерно 50 %. Именно они готовы как к социально положительному, так и социально отрицательному развитию.

Особенно заострены черты акцентуированного характера в подростковом возрасте. Потом они либо сглаживаются, либо переходят в скрытые. Люди различаются между собой не только акцентуированными чертами. Даже не обнаруживая черт, выделяющих личность на фоне среднего уровня, люди все же несходны между собой. Имеются в виду те особенности, которые придают человеку как таковому его индивидуальные черты (Леонгард К, 1989).

Цель нашего исследования: изучить акцентуации характера студентов лечебного и педиатрического факультетов.

Для изучения вопроса о характерологических личностных особенностей нами было проведено исследование студентов Красноярского Государственного Медицинского Университета им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, выбравших профессию врача. В исследовании приняли участие 40 студентов (20 – лечебного и 20 – педиатрического факультета), учащихся на 4 - 5 курсах КрасГМУ.

Методом исследования мы выбрали разработанный в клинике К. Леонгардом опросник для выявления «акцентуированных личностей» (Шмишек, 1970). Опросник предназначен для диагностики типа акцентуации личности. Теоретической основой опросника является концепция «акцентуированных личностей» К.Леонгарда, который считает, что присущие личности черты могут быть разделены на основные

и дополнительные. Основные черты составляют стержень, ядро личности. В случае яркой выраженности (акцента) основные черты становятся акцентуациями характера. Соответственно личности, у которых основные черты ярко выражены, названы Леонгардом «акцентуированными».

Термин «акцентуированные личности» занял место между психопатией и нормой. Акцентуированные личности не следует рассматривать в качестве патологических, но в случае воздействия неблагоприятных факторов акцентуации могут приобретать патологический характер, разрушая структуру личности.

Опросник содержит 10 шкал, в соответствии с десятью выделенными Леонгардом типами акцентуированных личностей, и состоит из 88 вопросов, на которые требуется ответить «да» или «нет».

У каждого испытуемого определялся уровень акцентуации по десяти выделяемым Леонгардом возможным типам. Выделенные Леонгардом 10 типов акцентуированных личностей разделены на две группы: акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый) и акцентуации темперамента (гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективный, эмотивный) (Ракович, 2002).

В результате проведенного исследования выявлено, что и у студентов лечебного и у педиатрического факультетов наблюдается акцентуация сочетанного типа по нескольким признакам. Эти результаты мы поместили в таблицу 1.

Исследование показало, что у обеих групп студентов выявлено преобладание таких типов акцентуаций, как гипертимность, эмотивность, циклотимичность и демонстративность. Так же, исследование показало, что у студентов педиатрического факультета наблюдается повышенный уровень экзальтированности (80%) и педантичности (60%), в то время, как у студентов лечебного факультета показатели вышеперечисленных акцентуаций занижены.

Таблица 1 – Показатели типов акцентуаций

Тип акцентуации	Лечебный факультет	Педиатрический факультет
Эмотивный тип	60%	75%
Гипертимный тип	70%	60%
Возбудимый тип	60%	55%

Педантичный тип	35%	60%
Циклотимичный тип	70%	80%
Дистимичный тип	30%	25%
Неуравновешенный	40%	55%
Экзальтированный	40%	80%
Тревожный тип	25%	30%
Демонстративный тип	65%	70%

Полученные данные свидетельствуют о том, что у студентов педиатрического факультета преобладают типы акцентуаций: экзальтированный и педантичный.

Таким образом, будущие врачи - педиатры обладают преимущественно такими качествами личности, как: высокая контактность, разговорчивость, влюбчивость. Экзальтированные люди часто скрыты, не доводят дело до открытых конфликтов. В конфликтных ситуациях выступают как активной, так и пассивной стороной. Вместе с тем они товарищеские, внимательны к друзьям и близким. Они альтруистические, имеют хороший вкус, проявляют яркость и искренность чувств. Негативные черты - поддаются панике и мгновенным настроениям. Педантичные личности в конфликты вступают редко, выступая в них скорее пассивной, чем активной стороной. На работе ведут себя как бюрократы, выдвигая окружающим много формальных требований. Вместе с тем легко уступают место лидера. Иногда огорчают домашних чрезмерными претензиями на аккуратность. Положительные черты - добросовестность, аккуратность, серьезность, надежность в делах, а непривлекательные черты - формализм.

Мы предполагаем, что зная выявленные типы акцентуаций, можно лучше понимать студентов и учитывать характерологические особенности в учебном процессе.

Список литературы

1. Леонгард, К. Акцентуированные личности. Киев : Выща школа, 1989. 374 с.
2. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : справочник практического психолога. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.
3. Методика изучения акцентуаций личности К. Леонгарда (модификация С. Шмишека) // Практикум по психодиагностике личности / ред. Н. К. Ракович. Минск, 2002.
4. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М.: Медицина, 1996. 464 с.

ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Ю. М. Смирнова, Ю. В. Живаева, Е. И. Стоянова

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

Аннотация: в статье рассматривается проблема профессионального самоопределения подростков. Целью исследования является расширение ориентирования девятиклассников на специфику профессий. Так же направить спектр на профессию, свойственную характерологическим особенностям личности. Предложены пути решения с помощью разработанной программы тренинговых упражнений. Результатом программы предполагается развитие у учащихся старшего подросткового возраста готовности к профессиональному и личностному самоопределению.

Ключевые слова: профессиональная направленность, характерологические особенности личности, профессиональное самоопределение.

Актуальность. Сущность профессионального самоопределения заключается в нахождении личностного смысла в выбираемой, осваиваемой и уже выполняемой трудовой деятельности. В настоящее время смысл выбираемой профессии зачастую находится не в самой трудовой деятельности, а в благах получаемых за эту деятельность (уровень заработной платы, статус, престиж и т.п.), что, к сожалению, может в будущем привести к отсутствию интереса в профессиональной деятельности и психологическому кризису (Соломин, 2006).

В условиях общеобразовательного обучения старшекласснику необходимо сделать жизненно важный выбор, который во многом определит его дальнейшее образование, будущую профессиональную карьеру. В связи с этим особенно актуальным становится подготовить учащихся к самостоятельному и продуманному выбору. Усиленное внимание к вопросам профориентации в образовательных учреждениях со стороны государства побуждает оптимизировать профессиональное самоопределение учащихся средней школы специальной организацией их деятельности через создание системы организационно- психологического сопровождения профориентационной работы (Хекхаузен, 2001).

Цель исследования: расширить ориентирование девятиклассников на специфику профессий и направить спектр на профессию, свойственную характерологическим особенностям личности.

Объект исследования: профессиональное самоопределение как социально-психологический феномен.

Предмет исследования: показатели характеристик профессиональной направленности учащихся девярых классов школы №149 г. Красноярска.

Задачи:

1. Изучить литературу по теме исследования.
2. Подобрать диагностический инструментарий.
3. Выявить показатели характеристик профессиональной направленности учащихся девярых классов.
4. Разработать программу психологического сопровождения, направленную на определение выбора профессии школьников.

Методы исследования:

1. Изучение литературных источников по теме исследования.
2. Метод сбора эмпирических данных: «Анкета профессиональной направленности» (анкета Голланда), анкета «Ориентация», методика экспресс – оценки профессиональных возможностей личности «Йовайши».

Выборка исследования: 48 учеников девярых классов. Ребятам, в среднем, по 15 лет. База исследования: средняя общеобразовательная школа №149 г. Красноярска (МБОУ СОШ №149).

В ходе исследования профессиональной направленности выявлены следующие результаты по методике «Анкета профессиональной направленности».

Для 35,4% (17 чел.) исследуемых характерен «Артистический тип личности». Он отличается воображением и интуицией, эмоционально сложным взглядом на жизнь, независимостью, гибкостью и оригинальностью мышления, хорошими двигательными способностями и восприятием. Ориентирован на эмоции и чувства, самовыражение, творческие занятия, избегание деятельности, требующей физической силы, регламентированного рабочего времени, следования правилам и традициям. Профессиональной средой этого типа, в основном: изобразительное искусство, музыка, литература. Примеры конкретных профессий: музыкант, художник, фотограф, актер, режиссер, и т.д.

Предприимчивым типом личности обладают 23% (11 чел.) учащихся. Для данного типа характерны: энергия, импульсивность, энтузиазм, предприимчивость, агрессивность, готовность к риску, оптимизм, уверенность в себе, преобладание языковых способностей, хорошие организаторские

качества. Направленность на лидерство, признание, руководство, власть, личный статус, избегание занятий, требующих усидчивости, большого труда, двигательных навыков и концентрации внимания, интерес к экономике и политике. В профессиональной среде ориентирован на решение неясных задач, общение с представителями различных типов в разнообразных ситуациях, требующее умения разбираться в мотивах поведения других людей и красноречия. Выбирает профессии: Бизнесмен, маркетолог, менеджер, директор, заведующий, журналист, репортер, дипломат, юрист, политик и т.д.

Выявлено 18,7% (9 чел.) исследуемых, для которых характерен «Реалистичный тип личности». Для реалистичного типа личности характерны: активность, агрессивность, деловитость, настойчивость, рациональность, практическое мышление, хорошие двигательные навыки, пространственное воображение, технические способности. Выбирает сферу деятельности, направленную на конкретный результат, настоящее, вещи, предметы и их практическое использование, занятия, требующие физического развития, ловкости, отсутствие ориентации на общение. Ориентирован на профессии, связанные с техникой, сельским хозяйством, военным делом. Проявляет интерес к решению конкретных задач, требующих подвижности, двигательных умений, физической силы. Социальные навыки нужны в минимальной мере. Конкретные профессии: механик, электрик, инженер, фермер, зоотехник, агроном и т.д.

Для 16,6% (8 чел.) исследуемых характерен «Социальный тип личности». Социальный тип личности способен к сопереживанию, активности, зависимости от окружающих и общественного мнения, приспособлению, решению проблем с опорой на эмоции и чувства, преобладание языковых способностей и отличается гуманностью и умением общаться. Ориентирован этот тип на общение с людьми, установление контактов с окружающими, стремление учить, воспитывать. Характерно избегание интеллектуальных проблем. Профессиональной средой этого типа в основном являются: образование, здравоохранение, социальное обеспечение, обслуживание, спорт. Ситуации и проблемы, связанные с умением разбираться в поведении людей, требующие постоянного личного общения, умения убеждать. Примеры конкретных профессий: Врач, педагог, психолог и т.п.

Интеллектуальный тип личности выявлен только для 4,2% (2 чел.). Представителям данного типа присущи: аналитический ум, независимость и оригинальность суждений, гармоничное развитие языковых и математических способностей, критичность, любознательность, склон-

ность к фантазии, интенсивная внутренняя жизнь, низкая физическая активность. Для них предпочтительны: идеи, теоретические ценности, умственный труд, решение интеллектуальных творческих задач, требующих абстрактного мышления, отсутствие ориентации на общение в деятельности, информационный характер общения. Профессиональная среда: Наука. Решение задач, требующих абстрактного мышления и творческих способностей. Межличностные отношения играют незначительную роль, хотя необходимо уметь передавать и воспринимать сложные идеи. Конкретные профессии: Физик, биолог, программист и др.

И лишь 2,1 % (1 чел.) исследуемых является обладателем конвенционального типа личности. Для него характерны способности к переработке числовой информации, стереотипный подход к проблемам, консервативный характер, подчиняемость, зависимость, следование обычаям, исполнительность, преобладание математических способностей. Нравятся: порядок, четко расписанная деятельность, работа по инструкции, заданным алгоритмам, избегание неопределенных ситуаций, социальной активности и физического напряжения, принятие позиции руководства. Профессиональная среда: экономика, связь, расчеты, бухгалтерия, делопроизводство, требующие способностей к обработке рутинной информации и числовых данных. Примеры выбора профессий: Бухгалтер, финансист, экономист, канцелярский служащий и др.

Предпочитаемые сферы деятельности (По методике Анкета «Ориентация»)

Для 33,3% (16 чел.) исследуемых характерна сфера работы с людьми. Сфера работы с людьми – «человек - человек»: чтобы успешно справиться с профессиями такой группы, необходимо быть общительным, доброжелательным и отзывчивым, отличаться выдержкой, тактом, воспитанностью, обладать хорошо развитой речью, уметь глубоко чувствовать и переживать.

Для 31,3% (15 чел.) исследуемых характерна сфера деятельности типа «человек – искусство» - это профессии, где работники - творческие люди, ориентированные на самовыражение, созерцание и созидание прекрасного. Профессиональной средой этого типа, в основном является изобразительное искусство, музыка, литература, дизайнерская деятельность.

Для 18,7% (9 чел.) исследуемых характерны следующие сферы деятельности типа «человек – техника» - это профессии, где труд работников направлен на технические объекты (машины, механизмы, материалы, виды энергии). В профессиях этого типа помогают ориентироваться такие учебные предметы, как физика, химия, математика, черчение. Следует

учесть, что к области технических объектов относятся не только «железки», но и всевозможные неметаллические материалы - ткани, пластмассы, пищевое сырье, полуфабрикаты.

Для 12,5% человек характерен тип. Представители данного типа отличаются аккуратностью, способностью удерживать и выполнять заданные инструкции. Предпочитают работать в финансовой, экономической и информационной сфере деятельности.

Для 4,2% (2 чел.) характерен тип «человек-природа». Представителей этих профессий объединяет одно очень важное качество — любовь к природе. Но любовь не созерцательная. Которой обладают практически все люди, считая природу наиболее благоприятной средой для отдыха, а деятельность связанная с познанием ее законов и применением их.

Характерологические особенности, выявленные при помощи методики «Йовайши».

Для 62,5% (30чел) исследуемых рекомендованы профессии «человек» и «художественный образ». Представители данного типа характера обычно находятся в приподнятом настроении, оптимистически относятся к своему будущему, часто переоценивают свои возможности, имеют большое количество планов, широкие интересы, легко увлекаются новым и легко отвлекаются от ставшего уже привычным. Личности, ориентированные на данный тип профессии так же характеризуются быстро меняющимся настроением, легкостью возникновения и протекания чувств, зависимостью поведения от сиюминутного настроения и ситуации. Способны нравиться окружающим, производить благоприятное впечатление быстро ориентироваться в людях, легко вступать в контакт, приспосабливаться к окружающим, постоянно действовать, легко приспосабливается к быстро меняющимся условиям, поддерживать контакты с широким кругом людей.

Для 29,2% (14 чел.) исследуемых рекомендованы профессии «знаковая система», «техника», «природа». Представители данного типа характера отличаются неуверенностью в своих возможностях, колебаниями при выборе решения, сомнениями в его правильности, стремлением его пере-проверить, опасениями по поводу возможных последствий, склонны к пониженному настроению, пессимистически оценивают свои перспективы, предъявляют к себе завышенные требования, недооценивают свою значимость и полезность, склонны к глубоким привязанностям, преданы своим близким и своему делу. Способны преодолевать препятствия и упорно достигать цели, обращать внимание на детали, не упуская из виду никаких мелочей, не доверять первому встречному, принимать ответственность на

себя, оказывать помощь другим людям даже в ущерб своим собственным интересам и т.д.

Для 8,3% исследуемых (4 чел.) рекомендованы профессии «природа», «художественный образ». Характерологические особенности людей данного типа профессий выделяются большой силой влечений и чувств, могут непосредственно разряжать свое напряжение на окружающих, не всегда учитывают интересы других людей, часто совершают импульсивные действия. Способны действовать быстро, не раздумывая разрушать препятствия, нападать на врага, противостоять противнику, соперничать с другими людьми и т.д.

Таким образом, каждому типу личности соответствует определенный тип профессий. В том случае, если человек выбирает профессию, соответствующую типу его личности, то он может достичь в ней наибольших успехов и получить наибольшее удовлетворение от работы. Все исследуемые отнесены к представителям типа «человек», «человек-техника», «человек – знаковая система», «человек – природа» именно на тот тип, который выявлен у них им необходимо ориентироваться в выборе профессии.

В процессе исследования, нами была разработана программа тренинга (краткий вариант), психологического сопровождения профессионального самоопределения, направленная на совершенствование системы профориентационной работы в школе.

Целью данной программы является создание условий для формирования у учащихся старшего подросткового возраста готовности к самостоятельному и осознанному планированию и реализации перспективы своего профессионального развития.

Задачи: формирование у обучающихся способности к самопознанию, саморазвитию и самоопределению; развитие коммуникативных навыков. Основные методы работы: групповые беседы, анкетирование, диагностические мероприятия, профориентационные упражнения и игры.

Практическая значимость программы: Актуальность - в профориентационной деятельности учащихся, в основе которой лежит концепция сопровождения профессиональной карьеры будущего работника с учетом особенностей рыночной экономики, ответственность за свой профессиональный выбор, дальнейшее успешное трудоустройство.

Реализация программы предполагает: получение учащимися профессионального тестирования оценки психологических особенностей, навыков формирования жизненных и профессиональных планов, опыта прохождения профессиональных методик и упражнений. Для реализации

программы понадобится: определить время своей работы в общеобразовательном учреждении, выделить основные направления данной работы, подобрать профориентационные методики (анкеты, тесты, игровые упражнения и т.п.

Этапы реализации программы:

1. Теоретический уровень: подборка диагностического материала, в соответствии с программой

2. Ориентировочно-деятельностный: сбор информации (диагностика интересов, склонностей, способностей, профессионального выбора учеников.

3. Обработка результатов, разработка рекомендаций учащимся по выбору профиля обучения.

4. Тренинговый этап с элементами саморефлексии учащихся.

5. Анализ и систематизация материала.

6. Итоговая диагностика, сравнение результатов тестирования в динамике.

Ожидаемые результаты реализации программы: развитие у учащихся старшего подросткового возраста готовности к профессиональному и личностному самоопределению.

Список литературы

1. Леонтьев, Д. А. Психология смысла: природа, строение, динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 2003. 429 с.

2. Леонтьев Д. А. Психология свободы: к постановке проблемы самодетерминации личности // Психологический журнал. 2000. Т. 21, № 1. С. 24–27.

3. Стоянова (Чернова) Е. И. Субъективное качество выбора у людей с разными представлениями о свободе жизненного самоосуществления // Психология обучения. 2011. № 11. С. 59–73.

4. Логинова И. О., Живаева Ю. В., Стоянова (Чернова) Е. И. Изучение особенностей устойчивости жизненного мира в зависимости от характера социокультурной идентичности // Мир науки, культуры, образования. 2012. № 3. С. 89–94.

5. Логинова И. О., Живаева Ю. В., Стоянова (Чернова) Е. И. Особенности проявления свободы жизненного самоосуществления людей, характеризующихся разным типом устойчивости жизненного мира // Известия Волгоградского государственного педагогического университета. 2012. № 7. С.103–106.

6. Логинова И. О., Стоянова (Чернова) Е. И. Особенности психолого-образовательного сопровождения готовности к осуществлению студентами выбора // Психология обучения. 2013. № 4. С.115–128.

7. Серый А. В., Яницкий М. С. Ценностно-смысловая парадигма как методологическая основа прогнозирования развития личности // Личностное развитие: прогностические модели, факторы, вариативность. Томск: изд-во ТГПУ, 2008. С. 71–93.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ ВТОРОЙ ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, НАПРАВЛЕННОЙ НА ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТИРОВАННОСТИ

Я. И. Спасская, О. В. Волкова

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

Аннотация: изучение психологических особенностей детей второй группы здоровья является актуальной задачей в настоящее время, так как с каждым годом число таких детей растет. Известно, что прямым следствием болезни является снижение адаптивных возможностей ребёнка, нарушения связи с окружающими. На основании этих данных была разработана программа коррекции, направленная на оптимизацию уровня самооценки и повышение степени социальной адаптации.

Ключевые слова: дети второй группы здоровья, самооценка, адаптация, младший школьный возраст, психологические особенности

Происходящие в современном обществе изменения, ужесточение требований, предъявляемых обществом - оказывают влияние на формирование личности ребенка. Особенно уязвимыми оказываются дети, имеющие проблемы со здоровьем. Согласно медицинской статистике только 10% детей имеют первую группу здоровья, а 90% детского населения относят к 2-5 группам здоровья (Гуревич, 2012).

Психологические исследования личностного развития детей, часто и/или длительно болеющих острыми респираторными заболеваниями, показали, что прямым следствием болезни является снижение адаптивных возможностей ребёнка: затрудняется обучение, нарушаются межличностные отношения, возникают сложности в общении и т. д. Это в свою очередь ведёт к заниженной самооценке и повышенной тревожности у ребёнка (Московкина, 2015).

Изучение психологических особенностей детей второй группы здоровья является актуальной задачей в настоящее время, так как с каждым годом число таких детей растет. Представленные в литературе данные освещают, в основном, медицинские аспекты проблемы детей второй группы здоровья. Сведений, касающихся психологических вопросов, крайне

мало. Поэтому ставится вопрос о необходимости изучения психологической особенностей этой категории детей, а также оказанием им квалифицированной помощи.

В связи с этим были проведены несколько исследований психологических особенностей детей второй группы здоровья младшего школьного возраста. В исследовании приняли участие 58 детей, 30 из которых являются детьми второй группы здоровья. Соматический статус детей оценивался в процессе анализа медицинских карт и информации, полученной в процессе бесед с педагогами образовательного учреждения и родителями детей.

Нами были получены следующие результаты: самооценка младших школьников второй группы здоровья является заниженной, а самооценка соматически здоровых детей – завышенной. К тому же дети второй группы здоровья в большинстве дезадаптированы (таблица 1).

Таблица 1 - Профиль распределения самооценки и адаптации между детьми разных категорий здоровья младшего школьного возраста (частота на 58 исследуемых)

Психологические особенности детей младшего школьного возраста		Соматически здоровые дети	Дети второй группы здоровья
Уровень самооценки	Заниженная самооценка	3	20
	Адекватная самооценка	9	6
	Завышенная самооценка	16	4
Степень адаптации	Адаптация	24	9
	Дезадаптация	4	21

Так же было замечено, что у детей с ослабленным здоровьем преобладают такие механизмы психологической защиты как отрицание и подавление, в отличие от их здоровых сверстников (Рисунок 1).

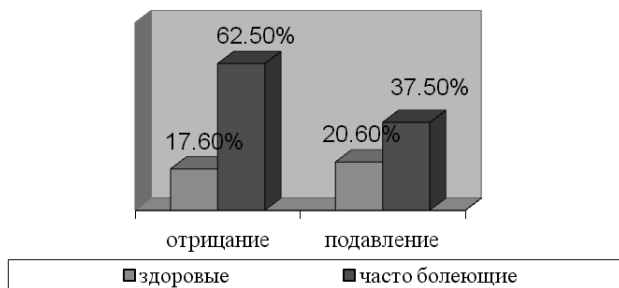


Рис.1. Частота использования механизмов психологической защиты

На основании вышеизложенных данных была разработана программа коррекции, направленная на оптимизацию уровня самооценки; повышение степени социальной адаптации; развитие коммуникативных навыков, помощь в успешной реализации себя в поведении и взаимодействии с окружающими людьми.

Для достижения поставленных целей предлагалось решить ряд задач:

1. Создать положительное эмоциональное настроение в группе;
2. Способствовать повышению самооценки, уверенности в себе;
3. Снизить уровень тревожности у детей;
4. Повысить степень адаптированности детей;
5. Развить у ребят навыки эффективного общения в различных ситуациях.

Форма проведения занятий – тренинг, игра и рисование.

Методы проведения: арт-терапевтические методики; беседы; коррекционные упражнения.

Программа психологического сопровождения программа состоит из 10 занятий. Продолжительность одного занятия составляет 40 минут. Занятия проводятся 2 раза в неделю с группой детей младшего школьного возраста.

ПЕРВОЕ ЗАНЯТИЕ

Цель занятия: Знакомство с группой, установление дружеских отношений, создание благоприятных условий для эффективного начала работы группы; информирование об основных правилах поведения во время тренинга, разработка правил поведения внутри группы.

1. Упражнение «Приветствие».
2. «Обсуждение правил».
3. Упражнение «Вот я какой!».
4. Упражнение «Черные шнурки»
5. Упражнение «Мне сегодня...».
6. «Прощание»

ВТОРОЕ ЗАНЯТИЕ

Цель занятия: Снижение уровня эмоционального напряжения в группе. Установление межличностных контактов; создание в группе благоприятного микроклимата.

1. Упражнение «Давайте поздороваемся».
2. Упражнение «Назови эмоцию».
3. Упражнение «Рисуем настроение».
4. Упражнение «Мне сегодня...».
5. «Прощание»

ТРЕТЬЕ ЗАНЯТИЕ

Цель занятия: Развитие умения выражать свои эмоции в приемлемой форме; снижение уровня эмоционального напряжения в группе.

1. Упражнение «Привет! Ты мне нравишься!»
2. Упражнение «Пожелания».
3. Упражнение «Добрые привидения»
4. Упражнение «Мне сегодня...».
5. «Прощание»

ЧЕТВЁРТОЕ ЗАНЯТИЕ

Цель занятия: Сплочение группы; развитие коммуникативных навыков и навыков взаимодействия с другими людьми; развитие эмпатии.

1. Упражнение «Дракон кусает свой хвост»
2. Упражнение «Ролевое проигрывание ситуаций»
3. Упражнение «Ролевая гимнастика»
4. Упражнение «Мне сегодня»
5. «Прощание»

ПЯТОЕ ЗАНЯТИЕ

Цель занятия: Совершенствование навыков межличностного общения; развитие умения договариваться и принимать коллективное решение, учитывая мнение всех участников группы.

1. Упражнение «Давайте поздороваемся»
2. Упражнение «Попроси игрушку»
3. Упражнение «Разыгрывание ситуаций».
4. Упражнение «Мне сегодня»
5. «Прощание»

ШЕСТОЕ ЗАНЯТИЕ

Цель занятия: Освоение эффективных способов поведения в различных ситуациях, совершенствование навыков межличностного общения; развитие эмпатии.

1. Упражнение «Здравствуй, друг! »
2. Упражнение «Проигрывание ситуаций».
3. Упражнение «Кто во что горазд »
4. Упражнение «Мне сегодня»
5. «Прощание»

СЕДЬМОЕ ЗАНЯТИЕ

Цель занятия: Преодоление неуверенности; развитие коммуникативности; развитие умений самоанализа; самораскрытие и осознание сильных сторон своей личности; формирование положительной Я – концепции.

1. Упражнение «Ласковые руки — добрый взгляд — приятная улыбка»
2. Упражнение «Мне удается»
3. Упражнение «Ладощка»
4. Упражнение «Мне сегодня»
5. «Прощание»

ВОСЬМОЕ ЗАНЯТИЕ

Цель занятия: Создание устойчивых представлений ребят друг о друге, о том, как они выглядят в глазах других и в своих собственных. Совершенствование коммуникативных навыков. Преодоления психологических барьеров, мешающих полноценному самовыражению; самораскрытие и осознание сильных сторон своей личности.

1. Упражнение: «Рукопожатие».
2. Упражнение «Комплименты».
3. Упражнение «Волшебное зеркало»
4. Упражнение «Мне сегодня»
5. «Прощание»

ДЕВЯТОЕ ЗАНЯТИЕ

Цель занятия: Развитие умений самоанализа и самовыражения; формирование положительной Я – концепции; повышение уверенности в себе; снижение тревожности; самопринятие.

1. Упражнение «Ветер дует на...»
2. Упражнение «Хвасталки».
3. Упражнение «Я — разный»
4. Упражнение «Мне сегодня»
5. «Прощание»

ДЕСЯТОЕ ЗАНЯТИЕ

Цель занятия: Закрепление навыков самоанализа; формирование положительной Я – концепции; подведение итогов работы группы, прощание.

1. Упражнение «Приветствие»
2. Упражнение «Мы похожи?»
3. Упражнение «Стеклянная дверь»
4. Упражнение «Чемодан в дорогу».
5. Упражнение «Мне сегодня»
6. «Прощание»

В настоящее время программа коррекции активно апробируется в работе с младшими школьниками второй группы здоровья. Для определения эффективности психокоррекционной программы было проведено пилотажное исследование. Для этого дети второй группы здоровья младшего школьного возраста были поделены на 2 группы: контрольную и

экспериментальную. Психокоррекционные занятия проводились в экспериментальной группе.

Важно, что полученные нами результаты пилотажного исследования, демонстрирующие рост самооценки у младших школьников второй группы здоровья и повышение степени социальной адаптации, позволяют утверждать, что описанная программа является эффективной (Таблица 2).

Таблица 2 - Сравнение уровня самооценки и адаптации в экспериментальной и контрольной группах (частота на 30 исследуемых)

Психологические особенности детей второй группы здоровья младшего школьного возраста		Результаты первичной диагностики		Результаты повторной диагностики	
		Контрольная группа	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Экспериментальная группа
Уровень самооценки	Заниженная самооценка	10	10	8	4
	Адекватная самооценка	2	3	4	9
	Завышенная самооценка	3	2	3	2
Степень адаптации	Адаптация	4	5	6	12
	Деадаптация	11	10	9	3

Дальнейшая работа будет направлена на проведение более масштабного исследования, и внедрение программы коррекции.

Список литературы

1. Альбицкий В. Ю., Баранов А. А. Часто болеющие дети: клинко-социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов, 1986. 183 с.
2. Арина Г. А., Коваленко Н. А. Часто болеющие дети. Какие они? // Школа здоровья. 1995. Т. 2, № 3. С. 116–125.
3. Вайнер Э. Валеология : учебник для вузов. М. : Флинта, 2011. 445 с.
4. Волкова О. В. Психолого-педагогическая коррекция волевого развития старших дошкольников с ослабленным здоровьем как фактор, превентирующий развитие выученной беспомощности // Психология обучения. 2013. № 6. С. 44–61.
5. Волкова О. В. The connection of learned helplessness, will-power development and somatic health of pre-scholars: the core and ways of problem solving // Современные исследования социальных проблем. 2013. № 8. doi: <http://dx.doi.org/10.12731/2218-7405-2013-8-12>
6. Волкова О. В. Теоретико-методологический анализ исследований выученной беспомощности: актуальность психосоматического подхода // Сибирское медицинское обозрение. 2013. № 4. С. 39–43.

7. Волкова О. В. Компоненты и механизмы формирования выученной беспомощности у детей с ослабленным здоровьем: онтогенетический подход // Сибирское медицинское обозрение. 2014. № 4. С. 86–91.

8. Волкова О. В. Развитие волевой регуляции личности, как механизм коррекции выученной беспомощности // Психология обучения. 2014. № 6. С. 29–43.

9. Волкова О. В. Интегративный подход к изучению выученной беспомощности детей // Сибирский психологический журнал (Томск). 2014. № 54. С. 126–145.

10. Волкова О. В. Методологические принципы медико-психолого-педагогической коррекции выученной беспомощности детей с ослабленным здоровьем // Психология обучения. 2015. № 7. С. 121–132.

11. Волкова О. В. Перспективы применения комплексной модели исследования в разработке программы, направленной на диагностику, коррекцию и профилактику выученной беспомощности в онтогенезе // Сибирский психологический журнал (Томск). 2016. № 61. С.47-63.

12. Гуревич П. С. Психология. СПб.: Издательство Юнити-Дана, 2012. 320 с.

13. Немов Р. С. Психодиагностика. В 3 кн. М.: Издательство Владос, 2001.

14. Russ S. W. Play in child development and psychotherapy: toward empirically supported practice. NJ, 2003. 181 p.

15. Handbook of Pediatric Psychology in School Settings / ed. R. T. Brown. London, 2003. 841 p.

УДК 159.9.07

ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ ДЕЗАДАПТИВНЫХ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Н. А. Тикко, М. А. Лисняк

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

Аннотация. Были изучены копинг-стратегии у зависимых от психоактивных веществ. На основе полученной информации подготовлена психокоррекционная программа, направленная на обучение зависимых лиц выбирать адаптивные копинг-стратегии.

Ключевые слова: реабилитационный центр, копинг-стратегии, психокоррекционная программа, наркозависимые

Актуальность. В последнее время проблема наркомании все чаще рассматривается как серьезная угроза здоровью населения. Многие существующие на данный момент подходы к лечению наркомании предполагают лишь констатацию тех или иных психопатологических расстройств

у больного, в то время как психологические механизмы формирования наркотической зависимости остаются не до конца раскрытыми.

Современное общество характеризуется кризисными явлениями во многих сферах общественной жизни. Новая социально-экономическая и политическая ситуация в России привела к резкой смене привычных стереотипов, дестабилизации финансового положения, к чрезвычайной остроте социальных конфликтов, сформировала ощущение безысходности, крушения надежд, неуверенности в завтрашнем дне. Реализация многих значимых потребностей для большинства людей стала практически невозможной. Неудовлетворение потребности вызывает сильное эмоциональное напряжение, что имеет двоякое значение: либо стимулирует ускоренное развитие личностных свойств при продуктивном выходе из ситуации, либо происходит дезинтеграция психических функций и, в этом случае, люди оказываются перед выбором: невроз или употребление психотропных веществ (Мандель, Семке, Бохан, 2000).

Постановка проблемы. Химическая аддикция часто рассматривается, как следствие недостаточной способности личности справляться со стрессом. Как утверждает А. Э.Березовский, «Аддиктивный субъект становится более эмоционально устойчивым, так как большая часть событий, способных явиться серьезной психической травмой для нормального человека, для него травмой не является...». Исследования А.В Худякова показывают, что такие чувства как тревога, стыд, вина имеют наибольшее проявление в контрольной и клинической (у зависимых) группах, и наименьшее в группе аддиктивного поведения. По мнению Вассермана А. Э. на первом этапе злоупотребления алкоголь заменяет действие целого ряда защитных механизмов. Очевидно, что аддиктивное поведение, как псевдоадаптивный (Ялтонский, 2009) способ совладания со стрессом, является следствием несформированности и неэффективности собственных адаптационных механизмов, к которым относят механизмы психологической защиты и копинг-стратегии. Т. А. Вилле исследовал поведенческие копинг-стратегии, которые включают действия, способствующие или не способствующие употреблению психоактивных веществ. Поведение, направленное на избегание контактов с людьми, употребляющими наркотики, облегчает противостояние социальному давлению и уменьшает вероятность наркотизации. Поиск социальной поддержки у лиц, не употребляющих наркотики, способствует прекращению наркотизации. Поведение же, направленное на реализацию поведенческой стратегии «поиск удовольствия», поиск поддержки у наркоманов, способствует усилению наркотизации. Ц. П. Короленко отмечает, что аддиктивное поведение

создает иллюзию разрешения проблем путем избегания решения затруднительных проблем и возникающих переживаний ситуации стресса. В результате аддиктивное поведение становится стилем жизни, которое проявляется в постоянном уходе от реальности (Мандель, Семке, Бохан, 2000). В.М. Ялтонский, исследуя больных наркоманией молодого и зрелого возраста, находящихся на принудительном лечении, установил, что в структуре копинг-поведения копинг-стратегия «избегание» являлась ведущей. Стратегии активного разрешения проблем и поиска социальной поддержки использовались больными наиболее редко. Реализация базисной копинг-стратегии «избегания» осуществлялась психофармакологическим способом и путем интенсивного использования механизмов психологической защиты. Автор рассматривает механизмы психологической защиты как пассивную, по отношению к воздействию на источник стресса, копинг-стратегию, которая активно либо пассивно редуцирует эмоциональный компонент дистресса (Сухова, 2014).

Исходя из теории копинг-поведения, Н. А. Сирота и В. М. Ялтонский предполагают, что употребление психоактивных веществ более вероятно, когда степень жизненного стресса высока и когда копинг-ресурсы истощены. Авторами было установлено, что больным наркоманией свойственна низкая эффективность функционирования блока личностно-средовых ресурсов - это негативная, слабосформированная Я-концепция, низкий уровень восприятия социальной поддержки, эмпатии, аффилиации, интернального локуса контроля, отсутствие эффективной социальной поддержки со стороны окружающей среды и т.д. (Бернс, 2003). Проведенные исследования взаимосвязи между импульсивностью, эмпатией, жизненным стилем больных наркоманией и участием в 12 шаговой группе самопомощи показали, что эмпатия способствует продолжительности воздержания и продолжительности участия в данной группе. Эмпатия рассматривается как необходимая потребность для успеха участия в 12 шаговой программе. Эмпатия является важным ресурсом в преодолении проблемных и эмоционально-стрессовых ситуаций. Развитые навыки эмпатии, на основе альтруистической мотивации, позволяют преодолевать и собственный стресс и оказывать помощь в преодолении дистресса сопереживаемому лицу. Незрелость навыков эмпатии предопределяет в ситуации хронического дистресса выбор на основе эгоистической мотивации эмоционального ответа, направленного прежде всего на сохранение собственного благополучия, редуцирования собственного эмоционального напряжения. Под аффилиацией понимают стремление человека быть в обществе других людей. Подавление аффилиативной потребности вы-

зывает чувство изолированности и одиночества. В стрессовых ситуациях аффилиация увеличивается. С эмпатией и аффилиацией тесно связана коммуникативная и социальная компетентность, представляющая собой сумму знаний о партнерах по общению и навыков конкретного общения, определяемую предшествующим опытом. Эмпатийно-аффилиативные ресурсы являются социально-психологическим конструктом, который включает когнитивный, аффективный и поведенческий компоненты и определяет систему эмоционального и рационального межличностного понимания. Импульсивность способствовала длительному употреблению наркотиков и, возможно, была причиной риска рецидива (Пилипенко, Соловьев, 2011).

В теории копинг-поведения, основанной на работах когнитивных психологов Р.Лазаруса и С.Фолкмана, выделяются базисные копинг-стратегии: «разрешение проблем», «поиск социальной поддержки», «избегание» и базисные копинг-ресурсы: Я-концепция, локус контроля, эмпатия, аффилиация и когнитивные ресурсы. Одним из основных базисных копинг-ресурсов является Я-концепция, позитивный характер которой способствует тому, что личность чувствует себя уверенной в своей способности контролировать ситуацию. Успешность копинг-поведения определяется когнитивными ресурсами. Развитие и осуществление базисной копинг-стратегии разрешения проблем невозможно без достаточного уровня мышления. Развитые когнитивные ресурсы позволяют адекватно оценить, как стрессогенное событие, так и объем наличных ресурсов для его преодоления (Рассказова, Гордеева, 2011).

Результаты исследований особенностей психического функционирования наркологических больных указывают на важность нарушений самосознания в формировании различных видов аддиктивного поведения. У людей, страдающих наркотической зависимостью, недостаточно развита Я-концепция, снижены способности к рефлексии, им свойственна неадекватная самооценка. Наиболее ярко нарушения самосознания проявляются в сфере саморегуляции и самоконтроля. Нарушения самоконтроля проявляются у этих пациентов как в склонности к незамедлительной реакции на свои переживания, так и в невозможности контролировать собственное поведение (Лисецкий, Литягина, 2011).

Подверженность внешним влияниям, отсутствие конкретных интересов свидетельствует о несформированности структур «Я», нечеткости его границ. Было установлено, что диффузность границ с «Я» приводит к тому, что индивид не способен ориентироваться и опираться на собственные представления и ощущения и вынужден идти на поводу у об-

стоятельств. Стала очевидной связь проблем когнитивного стиля, недостаточной рефлексии и структурирования субъективного опыта и уровня самосознания личности (Бернс, 2003).

На протяжении всей жизни практически каждый человек сталкивается с ситуациями, субъективно переживаемыми им как трудные, нарушающие привычный ход жизни. Для совладания со стрессовыми ситуациями человек вырабатывает так называемое копинг-поведение или копинг-стратегии-то есть систему целенаправленного поведения по сознательному овладению ситуацией для уменьшения вредного влияния стресса (Останина, 2008).

Изучение поведения, направленного на преодоление трудностей, в зарубежной психологии проводится в рамках исследований, посвященных анализу «coping» - механизмов или «coping behavior». «Копинг» - это индивидуальный способ взаимодействия с ситуацией в соответствии с ее собственной логикой, значимостью в жизни человека и его психологическими возможностями.

Под «копингом» подразумеваются постоянно изменяющиеся когнитивные, эмоциональные и поведенческие попытки справиться со специфическими внешними или/и внутренними требованиями, которые оцениваются как напряжение или превышают ресурсы человека с ними справиться (Бернс, 2003).

Проблема «копинга» (совладания) личности с трудными жизненными ситуациями возникла в психологии во второй половине XX в. Автором термина был А. Маслоу. Понятие coping «происходит от английского «соре» (преодолевать). В российской психологии его переводят как адаптивное, совладающее поведение, или психологическое преодоление. Первоначально понятие «копинг-стратегии» использовалось в психологии стресса, и было определено как сумма когнитивных и поведенческих усилий, затрачиваемых индивидом для ослабления влияния стресса. В настоящее время, будучи свободно употребляемым в различных работах, понятие «копинг» охватывает широкий спектр человеческой активности - от бессознательных психологических защит до целенаправленного преодоления кризисных ситуаций. Психологическое предназначение копинга состоит в том, чтобы как можно лучше адаптировать человека к требованиям ситуации (Брюханов, 2012).

Копинг-стратегии необходимы, когда человек попадает в кризисную ситуацию. Любая кризисная ситуация предполагает наличие некоего объективного обстоятельства и определенного отношения к нему человека в зависимости от степени его значимости, которое сопровождается эмоци-

онально-поведенческими реакциями различного характера и степени интенсивности. Ведущими характеристиками кризисной ситуации являются психическая напряженность, значимые переживания как особая внутренняя работа по преодолению жизненных событий или травм, изменение самооценки и мотивации, а также выраженная потребность в их коррекции и в психологической поддержке извне (Суханова, 2014).

Психологическое преодоление (совладание) является переменной, зависящей, по крайней мере, от двух факторов - личности субъекта и реальной ситуации. На одного и того же человека в разные периоды времени событие может оказывать различное, по степени травматичности, воздействие.

Поскольку интерес к копинг-стратегиям возник в психологии относительно недавно и из-за сложности самого феномена совладания с трудностями, исследователи ещё не пришли к одной единой классификации копинг-поведения. Работы по копинг-стратегиям пока ещё являются достаточно разрозненными, поэтому чуть ли не каждый новый исследователь при изучении проблематики копингового поведения предлагает свою собственную классификацию. При этом чтобы хоть как-то систематизировать имеющиеся подходы к копинг-стратегиям, уже прилагаются усилия по классификации самих классификаций (Бернс, 2003).

Подводя итог сказанному о копинг-стратегиях, отметим, во-первых, связь копинг-стратегий со стилями поведения личности во внешнем конфликте, во-вторых, копинг-стратегии поведения являются основой психологических защит в конфликтной ситуации, в-третьих, копинг-стратегии во многом зависят от основных психологических типов личности.

Таким образом, анализ различных исследований, посвященных проблеме наркотической зависимости, указывают на актуальность изучения копинг-стратегий у зависимых от психоактивных веществ для составления психокоррекционной программы.

Материалы и методы. На первоначальном этапе работы было проведено исследование копинг-стратегий у реабилитантов центра реабилитации и социальной адаптации «Енисей» с помощью опросника «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса. Методика «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса предназначена для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий. В исследовании приняло участие 18 мужчин, находящихся на различных сроках реабилитации.

Из реабилитантов, которые по результатам психодиагностики (опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса) имели непродук-

тивные механизмы совладающего поведения среди которых преобладали такие дезадаптивные копинг-стратегии, как дистанцирование, конфронтация и бегство-избегание, была сформирована тренинговая группа, численностью 8 человек.

На следующем этапе работы была разработана психокоррекционная, развивающая программа, целью которой являлось формирование адекватного понимания самого себя, эмоциональной устойчивости в сложных жизненных ситуациях, и развитие умения и потребности в познании других людей, навыков рефлексии, сензитивность, эмпатию, самопознание.

Программа тренинга была рассчитана на 8 занятий, длительностью каждое по 100 минут.

Цели программы:

- 1) сформировать адекватное понимание самого себя и осуществить коррекцию самооценки;
- 2) развить умение и потребность в познании других людей, гуманистического отношения к ним;
- 3) сформировать эмоциональную устойчивость в сложных жизненных ситуациях;
- 4) развить навыки рефлексии, сензитивность, эмпатию, самопознание.

Основными задачами программы были определены:

- сформировать у зависимых навыки осознания своих чувств и овладения своими эмоциями;
- помочь зависимым принять свои индивидуальные особенности через осознание заложенного в них позитива;
- научить зависимых получать поддержку от своих товарищей и самим оказывать поддержку другим.

Результаты и их обсуждение. Психокоррекционная программа включала в себя преимущественно групповые упражнения, направленные на развитие коммуникативных навыков и индивидуальные упражнения, направленные на развитие рефлексии и самопознания. На первом занятии реабилитанты испытывали сильные затруднения общаясь друг с другом, все члены группы были сосредоточены на себе и словно «не видели» остальных участников. Исходя из этих затруднений на первом же занятии психокоррекционная программа была сформирована с большим упором на межличностные отношения и развитие коммуникативных навыков. Так же в течении всех тренинговых занятий реабилитанты выполняли упражнение «Кто я?», которое заключалось в том, что после каждого тренинга реабилитант должен был письменно отвечать на

вопрос «кто я?». Данным упражнением задается глубокая личностная установка на постоянный внутренний самоанализ. Участники группы работали над этим вопросом на всем протяжении тренинга, каждый раз возвращаясь к нему и, главное, к своим ответам. Причем от занятия к занятию записи могут меняться вместе с изменением представлений человека о себе самом.

После завершения психокоррекционной программы повторный опрос по методике определяющей копинг-стратегии «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса среди экспериментальной группы показал качественное изменение уровня адаптации механизмов совладающего поведения у 75% процентов участников (6 чел.), 25% (2 чел.) – изменений не выявлено, возможно, для каких-либо изменений потребуются дальнейшая дополнительная, индивидуальная работа. Также можно предположить, что подействовали и другие факторы, препятствующие изменениям.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности разработанной коррекционной программы. Вместе с тем необходимы дальнейшие исследования для наблюдения отсроченных во времени результатов.

Список литературы

1. Бернс Р. Что такое Я - концепция // Психология самосознания : хрестоматия / ред. Д. Я. Райгородский. Самара: Бахрах-М, 2003. 656 с.
2. Брюханов А. В. Преимущественные копинг - стратегии при психических и поведенческих расстройствах в результате употребления психоактивных веществ // Таврический медико-биологический вестник. 2012. Т.15, № 4. С. 77–84.
3. Лисецкий К. С., Литягина, Е. В. Психология зависимости: профессиональный тезаурус. Самара : Самарский ун-т, 2011. 138 с.
4. Мандель А. И., Семке В. Я., Бохан Н. А. Психологические характеристики больных наркоманиями // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2000. № 2. С. 56–62 с.
5. Останина Н. В. Подходы к классификации копинг-поведения в научной литературе // Известия Российского гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена. 2008. № 70-2. С. 127–131.
6. Пилипенко А. В., Соловьев И. А. Зависимые, созависимые и другие трудные клиенты. М.: Психотерапия, 2011. С. 72–78.
7. Рассказова Е. И., Гордеева Т. О. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы // Психологические исследования. 2011. № 3. С. 4.
8. Сухова Е. В. Понятие «копинг-стратегии» и пример асоциальных копинг-стратегий // Прикладная юридическая психология. 2014. № 1. С. 76–83.
9. Ялтонский В. М. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. 2009. № 6. С. 60–69.

КОРРЕКЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У ПАЦИЕНТОВ ГОСПИТАЛЯ ВОВ

А. В. Тихоненко, Ю. В. Живаева

Красноярский государственный медицинский университет

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

Аннотация. Статья посвящена исследованию коррекции показателей психологического благополучия у пациентов госпиталя ВОВ. Приведены показатели, полученные в ходе исследования до и после проведенного тренинга по средствам методик направленных на изучение психологического благополучия. А также сделаны выводы относительно проведенного исследования и эффективности реализованного тренинга.

Ключевые слова: психологическое благополучие, коррекция, U-критерий, тренинг, госпиталь ВОВ

Актуальность. «Психологическое», как общеупотребительное понятие, задается тремя ключевыми словами: внутреннее, не рациональное, ситуативное. «Психологическое» относится ко внутреннему миру человека, но это то внутреннее, которое не вполне рациональное, которое не может быть описано строго логическим путем или выходит за рамки разумности и целесообразности.

Когда человек строго логичен, когда он имеет цель, обдуманно подбирает оптимальные средства и разумно реализует намеченный план, это понятно и рационально, здесь для психологии места нет, здесь психология не нужна. Психология и психологическое - это о том, что в логику не вмещается. То внутреннее, что строго логично - это рациональное. Можно сказать и по-другому: психологическое не может быть строго измерено и достоверно идентифицировано с помощью внешних признаков, в данном случае поведенческий подход к явлению должен быть дополнен феноменологическим подходом. Как об этом пишет Е. Diener, «исследование психологического благополучия должно учитывать не только непосредственно измеряемый уровень благополучия, но и принимать во внимание внутреннюю, индивидуальную систему координат».

Проблема психологического благополучия личности является одной из фундаментальных в психологии, поэтому интерес к ней сохраняется на протяжении всей истории психологической науки. Традиционно психологическое благополучие рассматривалось через противопоставление

психологическому нездоровью и неблагополучию. В настоящее время активно изучается связь психологического благополучия с различными особенностями личности (смысложизненными ориентациями, суверенностью психологического пространства, стратегиями жизни и т.д.). Важность проблемы психологического благополучия личности определяется ее высокой значимостью для решения важнейших вопросов конструктивного развития и функционирования личности, с одной стороны, и недостаточностью теоретических и эмпирических исследований в данной научной области – с другой.

С целью исследования возможности коррекции показателей психического благополучия у пациентов госпиталя ВОВ посредством тренинга был реализован формирующий эксперимент. Тренинг был организован и проведен с пациентами госпиталя ВОВ. Количество выборки-40 человек (20-мужчин, 20-женщин).

В целях исследования и дальнейшего сравнения первичных и повторных показателей психологического благополучия была использована методика К. Рифф «В результате проведения диагностики контрольной группы исследуемых, мы получили следующие результаты.

Анализируя результаты исследования первичной диагностики по шкале «Позитивное отношение с окружающими», делаем вывод, что высокие показатели выявлены у 35% исследуемых, для 30% присуще низкие показатели. По шкале «Автономия», можно говорить, что 55% исследуемых характерны высокие показатели. Для 10% характерны низкие показатели. По шкале «Управление окружающей средой», было выявлено 40% исследуемых с высокими показателями, а для 25% исследуемых характерны низкие показатели. По шкале «Личностный рост», было выявлено 45% исследуемым свойственны высокие показатели, а для 30% исследуемых характерны низкие показатели. По шкале «Цели в жизни», у 30% исследуемых высокие показатели, а у 25% исследуемых высокие показатели. По шкале «Самопринятие», было выявлено, что 40% исследуемых высокие показатели, а для 20% исследуемых свойственны низкие показатели. Шкалы психологического благополучия».

Таким образом, была описана используемая методика и на основе первичных результатов исследования, была выделена контрольная и экспериментальная группа для дальнейшего исследования. Экспериментальную группу составили исследуемые, с показателями ниже, чем у контрольной. С ними был организован тренинг.

В ходе анализа результатов первичной диагностики было выявлено следующее: по шкале «Позитивное отношение с окружающими» 35%

низких показателей, по шкале «Автономия» 55% низких показателей, по шкале «Управление окружающей средой» 40% низких показателей, по шкале «Личностный рост» 45% низких показателей, по шкале «Цели в жизни» 30% низких показателей, и по шкале «Самопринятие» 40% низких показателей.

На основании данных первичной диагностики нами была разработана и реализован психокоррекционный тренинг, направленный на коррекцию показателей компонентов психологического благополучия.

Программа тренинга формирования компонентов психологического благополучия состоит из семи занятий. Каждое занятие преследует достижение определенной цели. Занятия были разработаны и составлены с опорой на результаты полученные при проведении методики «Шкалы психологического благополучия», Кэрл Рифф (Carol Ryff).

Целью тренинга является коррекция показателей компонентов психологического благополучия. В ходе тренинга были реализованы следующие задачи: формирование автономии личности; определение целей в жизни; проработка тревог, страхов и внутренних конфликтов; раскрытие различных сторон личности; развитие позитивного мышления.

По данным шкалы «Позитивные отношения с окружающими», высокие (55%) и средние показатели (35%) свидетельствуют о наличии у испытуемых близких, приятных, доверительных отношений с окружающими; желания проявлять заботу о других людях; способности к эмпатии; наличия навыков, помогающих устанавливать и поддерживать контакты с другими людьми. Кроме этого, данная характеристика включает в себя желание быть гибким во взаимодействии с окружающими, умение прийти к компромиссу. Низкие показатели (10%) свидетельствуют об одиночестве, неспособности устанавливать и поддерживать доверительные отношения, нежелании искать компромиссы, замкнутости.

Из результатов, полученных по шкале «Автономия» можно сказать, что 55% высокие показатели, а 40% - средние. Исходя из этого, можно говорить о том, что испытуемые имеют такие качества, как независимость, способность противостоять социальному давлению в своих мыслях и поступках. А также способны регулировать собственное поведение и оценивать себя исходя из собственных стандартов.

Озабоченность ожиданиями и оценками других, ориентация на мнение других людей при принятии важных решений и не способность противостоять социальному давлению в мыслях и поступках характерны для людей с низкими показателями по данной шкале – 5%.

Анализируя полученные результаты по шкале «Управление средой», можно сделать следующие выводы: чувство уверенности и компетентности в управлении повседневными делами, способность эффективно использовать различные жизненные обстоятельства, умение самому выбирать и создавать подходящий контекст для реализации личных потребностей и ценностей, а также умение осуществлять разнообразные виды деятельности присущи 95% респондентам, причем у 45% испытуемых эти качества находятся на более высоком уровне. Низкие показатели (5%): трудности в управлении повседневными делами, чувство неспособности улучшить или изменить окружающие обстоятельства, отсутствие чувства контроля над внешним миром.

По шкале «Личностный рост» у 65 % респондентов высокие и у 25 % средние значения. Из этого следует, что испытуемые обладают чувством продолжающегося развития и реализации своего потенциала, видят свой рост и экспансию, открыт новому опыту, наблюдает все большее совершенствование себя и своего поведения с течением времени. У исследуемых этот компонент психологического благополучия находящийся на низком уровне составляет 10%, который говорит о переживании личностной стагнации. Отсутствуя ощущения личностного прогресса с течением времени. Скуки и не заинтересованности жизнью. Ощущения не способности усваивать новые навыки.

Полученные результаты по шкале «Цели в жизни», свидетельствуют о высоком уровне психологического благополучия у 45% респондентов и среднем у 40%. Из этого следует, что наличие целей в жизни и чувства осмысленности своего прошлого и настоящего им присуще. У них сформированы убеждения, придающие жизни цель, а также есть основания и причины для того, чтобы жить. Для исследуемых нами людей данной выборки характерны низкие баллы по данной шкале в 15%, а значит им не свойственно: чувство осмысленности жизни и чувство направленности. Не присутствует недостаток целей, отсутствуют воззрения и убеждения, придающие жизни смысл. Они не видят целей и в своем прошлом.

Результаты по шкале «Самопринятие». Высокие 60% и средние 30% значения. Это означает, что они обладают позитивным отношением к себе и своему прошлому, осознают и принимают разные стороны своего Я, включая как положительные, так и отрицательные качества. Для исследуемых нами людей данной выборки низкие баллы по данной шкале характерны для 10%, а значит им не свойственно: Недовольство самим собой. Они разочарованы в собственном прошлом, обеспокоены некоторыми

чертами собственной личности, не принимают себя. Для них характерно желание быть другим.

В ходе реализации повторной диагностики были получены данные, которые мы сравнили с результатами первичной диагностики.

Таким образом, на основании полученных данных в процессе исследования, показатели изменились по всем шкалам в сторону высоких показателей. Высокие показатели выше или равные 50% стали наблюдаться в шкалах «Позитивные отношения», «Автономия», «Личностный рост» и «Самопринятие». Средние показатели также повысились и стали в основном одинаковыми по всем шкалам, однако, показатели по шкале «Управление средой» стали равны 50%. Шкалы с низкими показателями уменьшились. Максимальный процент по этому показателю стал равный 15% «Цели в жизни». Мы считаем позитивным результатом проведения тренинговой работы, увеличение процентного соотношения средних и высоких показателей психологического благополучия у пациентов госпиталя ВОВ.

Для выявления эффективности тренинга, направленного на коррекцию показателей компонентов психологического благополучия пациентов госпиталя ВОВ, результаты первичной и повторной диагностик были обработаны при помощи U-критерия Мана-Уитни, позволяющего выявить достоверность полученных результатов. Статистически достоверно различаются с вероятностью допустимой ошибки меньше 0,05 по всем шкалам методики Кэрл Рифф «Шкалы психологического благополучия». На основании результатов статистической обработки можно сделать вывод о том, что статистический анализ выявляет значимость различий между показателями первичной и повторной диагностик. Это свидетельствует о том, что для коррекции показателей компонентов психологического благополучия пациентов госпиталя ВОВ необходимо проводить регулярную, организованную коррекционно-профилактическую работу.

Список литературы

1. Брэдберн Н. Структура психологического благополучия. Ярославль : Инфра, 2005. 13 с.
2. Шевеленкова Т. Д., Фесенко П. П. Психологическое благополучие личности (обзор основных концепций и методика исследования) // Психологическая диагностика. 2005. № 3. С. 95–129.
3. Большаков В. Ю. Психологический тренинг. СПб., 1996.
4. Фесенко П. П. Осмысленность жизни и психологическое благополучие личности. М., 2005. 206 с.

КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Е. В. Ткачева, Ю. В. Живаева

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

Аннотация. Проблематика синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), который в процессе онтогенеза может фасадно измениться в девиантность или делинквентность человека в последнее время приобретает все большую актуальность. Симптомокомплекс СДВГ включает в себя невнимательность, гиперактивность, импульсивность, трудности в обучении и межличностных отношениях. Поэтому этот синдром относится к категории пограничных расстройств и находится в центре внимания медицинских, психологических, педагогических и других исследований.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания, гиперактивность, девиантность, делинквентность

Актуальность. Проблематика синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), который в процессе онтогенеза может фасадно измениться в девиантность или делинквентность человека в последнее время приобретает все большую актуальность.

Симптомокомплекс СДВГ включает в себя невнимательность, гиперактивность, импульсивность, трудности в обучении и межличностных отношениях. Поэтому этот синдром относится к категории пограничных расстройств и находится в центре внимания медицинских, психологических, педагогических и других исследований.

Родители детей далеко не сразу решаются обратиться за помощью не только к неврологу, но и к психологу. Этот шаг они делают вынужденно, под напором нарастающих учебных проблем ребенка, исправить которые из-за запущенности ситуации бывает уже достаточно трудно. А ведь ранняя и непрерывная терапия в детстве, и организация грамотного психолого-педагогического сопровождения дает не только непосредственный эффект, но и способствует формированию нормального поведения в будущем.

Сбор эмпирических данных осуществлялся с помощью теста Тулуз-Пьерона, игровой методики «Съедобное - несъедобное» (Кривцова И.И.),

метода экспертного опроса учителей и родителей (Диагностические критерии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью по классификации DSM — IV).

Экспериментальное исследование проводилось на базе школы № 149 города Красноярска. Выборка представлена детьми младшего школьного возраста, состав диагностируемой группы семьдесят человек. Кроме детей, участие в исследовании приняли учителя этих детей и их родители.

Проанализируем представленные результаты (индивидуальные показатели учащихся, полученные в результате обработки данных по тесту Тулуз-Пьерона). В ходе обработки данных выявлен высокий уровень скорости выполнения теста у 21% от общего числа испытуемых. Хороший уровень скорости выполнения теста выявлен у 21 человек, что составило 30 % от состава группы. Средний уровень скорости выполнения теста выявлен у 18 человек, что составило 26 % от числа испытуемых.

Слабый уровень скорости выполнения теста выявлен у 6 человек, что составило 8,5% от общего числа испытуемых. Показатель скорости выполнения теста соответствует зоне развития - патология у 10 человек, т.е. 14 % группы испытуемых.

Проанализируем результаты испытуемых по показателю – точность выполнения теста. В ходе обработки данных выявлен высокий коэффициент точности выполнения теста у 15 человек, что составляет 21% от состава группы. Хороший уровень коэффициента точности выполнения теста выявлен у 21 человек, что составляет 30% от общего числа испытуемых. Средний уровень коэффициента точности выполнения теста выявлен у 18 человек, что составляет 26% от числа группы. Слабый уровень коэффициента точности выполнения теста выявлено у 6 человек, что составляет 8,5% от общего числа испытуемых.

Показатель коэффициента точности выполнения теста соответствует зоне патология у 10 человек, что составляет 14% от числа группы. По результатам исследования мы выявили, что один из основных проявлений СДВГ – дефицит внимания, выявлен у 10 человек.

Проанализируем индивидуальные показатели младших школьников по игровой методике «Съедобное-несъедобное». В ходе обработки данных выявлен высокий уровень произвольного поведения у 21 человека, что составляет 30% от общего числа испытуемых. Средний уровень произвольного поведения выявлен у 30 человек, что составило 43% от числа группы. Низкий уровень произвольного поведения выявлен у 9 человек, что составило 13% от состава группы. Очень низкий уровень произвольного поведения выявлен у 10 человек, что составило 14% от общего числа группы.

Поскольку очень низкий уровень произвольности во многом был обусловлен импульсивностью детей, низким уровнем внимательности, низким качеством выполнения инструкции, то данные факты наблюдения позволяют констатировать об основных проявлениях СДВГ у данной группы детей.

В ходе обработки данных методом экспертного опроса педагогов и родителей проявлений у ребенка СДВГ, по мнению родителей, дефицит внимания выявлен у 10 детей, что составляет 14% от общего числа испытуемых. У 60 детей, дефицит внимания, по мнению родителей, не выявлен, что составляет 86% от общего числа группы.

По мнению педагогов у 10 человек, выявлен синдром дефицита внимания, что составляет 14% от всей группы. Синдром дефицита внимания не выявлен у 60 человек, что составляет 86% от общего числа группы.

По мнению родителей, симптом гиперактивности и импульсивности, выявлен у 10 человек, что составляет 14% от числа испытуемых. У 60 человек, не выявлен, что составляет 86% от общего числа группы.

По результатам сводной таблицы изучения проявлений у детей СДВГ выявлено, что у 60 проявление СДВГ не наблюдается, что составляет 86% от общего числа группы.

У 10 человек выявлена высокая вероятность проявления данного синдрома, что составляет 14% от общего числа испытуемых.

Для детей характерно: они невнимательны, неугомонны, у них присутствует волнение, всегда в движении, неспособны подумать, прежде, чем что-то сделать. Родителям этих детей рекомендуем обратиться к врачу-неврологу.

Таким образом, по результатам исследования мы выявили, что один из основных проявлений СДВГ – дефицит внимания, выявлен у 10 человек, что составляет 14 % от общего числа испытуемых. Так же мной была разработана психокоррекционная, развивающая программа, направленная на коррекцию синдрома дефицита внимания с гиперактивностью в младшем школьном возрасте.

Программа направлена на коррекцию синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у младших школьников.

Основываясь на работы М. Рапопорта, синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) - это комплексное хроническое расстройство мозговых функций, поведения и развития, поведенческие и когнитивные последствия которого проявляются в разнообразных областях функционирования. Г. Н. Моница «Комплекс отклонений в развитии ребенка: невнимательность, отвлекаемость, импульсивность в социальном пове-

дении и интеллектуальной деятельности, повышенная активность при нормальном уровне интеллектуального развития. Первые признаки гиперактивности могут, наблюдаются в возрасте до 7 лет», мы разработали программу тренинга по коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью в младшем школьном возрасте.

Цель программы: изучение возможности коррекции гиперактивности по средствам тренинга.

Достижение цели возможно в процессе реализации следующих задач:

1. Регулирование ожиданий (касается и родителей), так как положительные изменения в поведении ребёнка проявляются не так быстро, как бы хотелось окружающим;
2. Сформировать способность при объективной необходимости изменять мнение, отношение, установку, модус переживания;
3. Коррекция негативных форм поведения, в частности немотивированной агрессии;
4. Обучить навыкам более эффективного взаимодействия с окружающими.

В ходе построения программы мы руководствовались следующими принципами организации и работы тренинговой группы:

1. Принцип добровольного участия - как во всем тренинге, так и в его отдельных занятиях и упражнениях. Участник должен иметь естественную внутреннюю заинтересованность в изменениях своей личности в ходе работы группы.
2. Принцип организации постоянной самодиагностики - у каждого ребенка должна быть реальная возможность и достаточно времени, чтобы спокойно подумать о себе, своем характере, поведении, о своих отношениях с близкими и просто знакомыми людьми, в том числе и с ребятами в классе, с родителями.
3. Принцип взаимодействия в стиле диалога, основанный на взаимном уважении участников, готовности выслушать собеседника и признать его право иметь свою точку зрения.
4. Принцип постоянного состава группы - после начала занятий не следует включать новых участников, и крайне нежелательно, чтобы приступившие к занятиям уходили из группы до полного окончания тренинга.
5. Принцип постоянной обратной связи - непрерывное получение участником информации от других членов группы о результатах его действий в ходе тренинга. Благодаря обратной связи ученик может корректировать свое последующее поведение, заменяя неудачные способы общения и поведения на новые.

6. Принцип баланса комфорта и дискомфорта - атмосфера в группе должна быть комфортной, удобной, безопасной и даже веселой. Однако тактически, в отдельные моменты тренинга, у участников должен возникать дискомфорт, например, при попытке выполнить инструкцию.

7. Принцип свободного пространства - в помещении для занятий должна быть возможность свободного передвижения участников, их расположения по кругу, объединения в малые группы по 3-5 человек, по 7-8 человек, а также для уединения.

8. Принцип направленности на применение результатов тренинга в жизни, призван помочь участникам перенести полученный опыт на практику.

Форма проведения тренинга: групповая

Программа рассчитана на учеников 1-х классов МБОУ СОШ №149.

Группа состоит из 10 человек, 6-7 лет.

Данная программа рассчитана на 12 занятий. Частота встреч 4 раза в неделю во второй половине дня. Приблизительная продолжительность каждого занятия 1 час.

Структура занятий определена следующим образом:

- 1) Организационный этап;
- 2) Основной этап;
- 3) Заключительный этап.

Дети, страдающие СДВГ, как никакие другие требуют со стороны взрослых терпения и участия. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью – это патология, требующая своевременной диагностики и комплексной коррекции: психологической, медицинской, педагогической.

Список литературы

1. Астапов В. М. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития. СПб.: Питер Пресс, 2008. 256 с.
2. Белоусова Е. Д., Никифорова М. Ю. Синдром дефицита внимания / гиперактивности // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2010. № 3. С. 39–42.
3. Брызгунов И. П., Касатикова Е. В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. М.: Медпрактика, 2010. 128 с.
4. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей / А. В. Грибанов, Т. В. Волокитина, Е. А. Гусева, Д. Н. Подоплекин. М.: Академический Проект, 2008. 176 с.
5. Дробинский А. О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания // Дефектология. 2009. № 1. С. 31–36.
6. Кошелева А. Д., Алексеева Л. С. Диагностика и коррекция гиперактивности ребёнка. М.: НИИ семьи, 2007. 64 с.
7. Кузнецова Л. В., Переслени Л. И. Основы специальной психологии : учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. М.: Изд. центр «Академия», 2007. 480 с.

8. Практикум по психодиагностике. Психодиагностические материалы / под ред. А. А. Бодалева, И. М. Карпинской, С. Р. Панталева [и др.]. М.: Изд-во Моск. ун-та, 2008. 141 с.

9. Перрон Р. «Трудный» ребенок: что делать? СПб.: Питер, 2008. 130 с.

УДК 159.923-053.6

КОРРЕКЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ЛЮДЕЙ С ДИАГНОЗОМ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

И. Ю. Ткачук, Ю. В. Живаева

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

Аннотация. Статья посвящена изучению возможности коррекции показателей жизнестойкости посредством тренинга у людей с острым нарушением мозгового кровообращения (инсультных больных). Жизнестойкость, рассматривается как системное психологическое свойство, возникающее у человека вследствие особого сочетания установок и навыков, позволяющих ему превращать проблемные ситуации в новые возможности, как черта, характеризующуюся мерой преодоления личностью заданных обстоятельств, в конечном счете – степенью преодоления личностью самой себя. В работе исследуются показатели жизнестойкости пациентов до тренинга и после его проведения. Программа тренинга направлена на формирование компонентов жизнестойкости у людей с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения. Приводится анализ полученных результатов.

Ключевые слова: показатели жизнестойкости; острое нарушением мозгового кровообращения; программа тренинга

Актуальность. В наши дни численность людей с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения, возрастает. Инсульт называют болезнью века, заболевание продолжает прогрессировать и молодеть: если 20 лет назад наблюдались пациенты в возрасте от 50 лет, то сейчас в больницы с данным диагнозом попадают и молодые люди.

Жизнестойкость представляет собой систему представлений о себе, о мире, об отношениях с миром. Это диспозиция, включающая в себя три сравнительно автономных компонента: вовлеченность, контроль, приня-

тие 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.

Теория С. Мадди об особом личностном качестве «hardiness» возникла в связи с разработкой им проблем творческого потенциала личности и регулирования стресса. С его точки зрения, эти проблемы наиболее логично связываются, анализируются и интегрируются в рамках разработанной им концепции «hardiness». Через углубление аттитудов включенности, контроля и вызова (принятия вызова жизни), обозначенных как «hardiness», человек может одновременно развиваться, обогащать свой потенциал и совладать со стрессами, встречающимися на его личностном пути.

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

Исследования И. Солковой и П. Томанека, посвящены роли качества «жизнестойкость» в преодолении повседневного стресса. Их исследование показало, что «жизнестойкость» воздействует на ресурсы совладания через повышение самооффективности. Люди, имеющие высокие показатели «жизнестойкости», имеют большее ощущение компетентности, более высокую когнитивную оценку, более развитые стратегии совладания и испытывают меньше стрессов в повседневной жизни.

Теоретический анализ психологических особенностей людей с ОНМК свидетельствует о том, что при изучении факторов, способствующих возникновению острого нарушения мозгового кровообращения, нередко подчеркивается особая роль негативных психосоциальных факторов, стрессогенных жизненных ситуаций, в которых оказался человек, в последствии чего получивший инсульт.

Цель исследования является изучение возможности коррекции показателей компонентов жизнестойкости посредством тренинга у людей с острым нарушением мозгового кровообращения (инсультных больных).

Были поставлены следующие задачи:

- Проанализировать литературные источники по проблеме исследования;

- Подобрать диагностический инструментарий по изучению жизнестойкости людей с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения;
- Исследовать показатели жизнестойкости людей с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения;
- Разработать и апробировать тренинг, направленный на формирование компонентов жизнестойкости у людей с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения;
- Выявить эффективность тренинга посредством повторного исследования жизнестойкости людей с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения;
- На основании полученных результатов исследования разработать выводы для людей с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения.

Сформулирована гипотеза исследования: организация системы занятий направленных на повышение показателей, через убежденность человека в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности, борьба позволяет повлиять на результат происходящего и то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта.

Выборка исследования представлена исследуемыми находящимися на стационарном лечении в отделении неврологии с ОНМК, Краевой Клинической больнице №1: мужчины (7 человек) и женщины (8 человек), возраст от 30 до 80 лет.

Для изучения показателей жизнестойкости у инсультных больных нами были использованы следующие методики: «Тест жизнестойкости» Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой; Методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» Норман С, Эндлер Д. Ф., Джеймс Д. А., Паркер М. И. (адаптированный вариант Т.А.Крюковой).

Рассмотрев феномен жизнестойкости в теоретическом аспекте, мы можем сделать вывод, о том, что данное понятие в Отечественной и Зарубежной психологии, может использоваться в смысле отражения психологической живучести и расширенной эффективности человека, связанной с его мотивацией преобразовывать стрессогенные жизненные события.

Жизнестойкость, рассматривается как системное психологическое свойство, возникающее у человека вследствие особого сочетания установок и навыков, позволяющих ему превращать проблемные ситуации в новые возможности, как черта, характеризующуюся мерой преодоления личностью заданных обстоятельств, в конечном счете – степенью преодоления личностью самой себя.

В результате проведения первичной диагностики нами были получены результаты, что большинство пациентов имеют низкие и средние показатели проведенных тестов. Исходя из этого, мы выделили группу пациентов со средними и низкими показателями. А так же, на основании данных первичной диагностики нами была разработана и реализована программа тренинга, направленная на формирование компонентов жизнестойкости у пациентов отделения неврологии с ОНМК. Психологическое сопровождение(тренинг) включает в себя три основные техники, реализующиеся на протяжении восьми занятий:

1. Реконструкция ситуаций.
2. Фокусирование.
3. Компенсаторное самосовершенствование.

Первичные данные диагностики показали: по шкале «Вовлеченность», можно констатировать, что высокие баллы выявлены у 26,6 % исследуемых. Для 34,2 % характерны низкие показатели. По шкале «Контроль», для 22,8 % исследуемых характерны высокие баллы. У 41,8 % исследуемых выявлены низкие показатели. Результаты по шкале «Принятия риска», показали, что 49,4 % исследуемых характерны низкие баллы. Высокие баллы выявлены у 20 % исследуемых.

После реализации нашей программы, и в ходе повторной диагностики нами были выявлены результаты, которые мы сравнили с результатами первичной диагностики.

Анализируя результаты исследования повторной диагностики по шкале «Вовлеченность», можно констатировать, что высокие баллы выявлены у 37,1 % исследуемых. Это говорит о том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности». Человек с развитым компонентом вовлеченности получает удовольствие от собственной деятельности. Он постоянно занят, и это ему нравится, работает с удовольствием, старается быть в курсе всего происходящего, любит знакомиться с новыми людьми. Для 21,2 % характерны низкие показатели. Мы можем сказать, об отсутствие подобной убежденности. Человек, с низким показателем по донной шкале отражает чувство отверженности, ощущение себя «вне» жизни. Пассивен, чувствует бессмысленность своей деятельности, поэтому ему не хватает упорства закончить начатые дела, ему трудно сблизиться с новыми людьми.

По шкале «Контроль», для 31,8 % исследуемых характерны высокие баллы. Это говорит об убежденности в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. Такой человек контролирует ситуацию настолько,

насколько это необходимо, ставит труднодостижимые цели и стремится их реализовать, причем уверен в том, что сможет воплотить в жизнь все, что задумал, упорен и настойчив, уверен в том, что может влиять на результаты происходящего вокруг. В целом такой человек чувствует себя хозяином жизни. У 31,8 % исследуемых выявлены низкие показатели. Это говорит о его ощущении собственной беспомощности, он не контролирует ситуацию, насколько это необходимо. Не стремится реализовать поставленные перед собой цели.

Для определения эффективности проведения тренинга, направленной на формирование компонентов жизнестойкости у пациентов отделения неврологии с ОНМК. Результаты первичной и повторной диагностик были обработаны при помощи U-критерия Мана-Уитни, позволяющего выявить достоверность различий. Сравнимые значения первичной и повторной диагностик. Статистически достоверно различаются с вероятностью допустимой ошибки меньше 0,05 по всем шкалам методики «Жизнестойкости». На основании результатов статистической обработки мы можем прийти к заключению о том, что статистический анализ выявляет значимость различий между показателями первичной и повторной диагностик. Данный факт может свидетельствовать о том, что для формирования компонентов жизнестойкости необходимо проводить организованную, планомерно реализуемую коррекционно-профилактическую работу.

Список литературы

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / пер. с англ. С. Могилевского. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.
2. Александрова Л. А. К концепции жизнестойкости в психологии [Электронный ресурс] // Интернет портал «Учёба.ру». 2005. URL: <http://www.ucheba.ru> (дата обращения: 23.09.2016).
3. Бойко В. В. Правила эмоционального поведения : метод. пособие. СПб. : Питер, 1997. 179 с.
4. Василюк Ф. Е. Психология переживания : анализ преодоления критических ситуаций. М., 1984. 100 с.
5. Суслина З. А., Максимова М. Ю. Частная неврология. М. : Практика, 2012. 272 с.
6. Ткачук И. Ю., Живаева Ю. В. Жизнестойкость как базовая характеристика людей больных онкологическими заболеваниями // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал : материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (г. Красноярск, 22-23 ноября 2013 г.) / гл. ред. И. О. Логинова. Красноярск : Версо, 2013.
7. Ткачук И. Ю., Живаева Ю. В. Формирование жизнестойкости у больных с острым нарушением мозгового кровообращения // Психологическое здоровье человека:

жизненный ресурс и жизненный потенциал : материалы II-й Междунар. науч.-практ. конф. (г. Красноярск, 27-28 нояб. 2015 г.) / гл. ред. И. О. Логинова. Красноярск : Версо, 2015.

8. Ткачук И. Ю., Живаева Ю. В. Коррекция показателей жизнестойкости у больных с острым нарушением мозгового кровообращения // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал : материалы II-й Междунар. науч.-практ. конф. (г. Красноярск, 27-28 нояб. 2015 г.) / гл. ред. И. О. Логинова. Красноярск : Версо, 2015.

УДК 159.9.07

НЕОБХОДИМОСТЬ В ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА.

Ж. В. Харчева, И. О. Логинова

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

Аннотация. Статья посвящена исследованию актуальности предложения и разработки центра по оказанию экстренной и неотложной психологической помощи населению города Красноярск. Ядром исследования представленной темы заключается изучение спроса на получение экстренной и неотложной психологической помощи жителями города.

Ключевые слова: экстренная помощь, неотложная помощь, кризисные состояния

Современная жизнь людей крайне интенсивна, нестабильна, люди все более подвержены стрессу, зачастую они не способны самостоятельно справиться с кризисными состояниями, обрушивающимися в их жизнь. Наличие центра, оказывающего качественные психологические услуги экстренной и неотложной помощи, существенно бы снизило психологическую травматизацию населения.

Нуждается ли население миллионного города в создании центров по оказанию экстренной и неотложной психологической помощи?

Помощь другим людям по праву считается одной из важнейших человеческих ценностей и добродетелей. В цивилизованных обществах, отличающиеся высокой степенью разделения труда, существуют служ-

бы, специально направленные на оказание помощи нуждающимся. Врач, учитель, спасатель, социальный работник, социальный педагог, психолог – представители целого ряда специальностей, которые принято называть «помогающими». Для специалистов помогающих профессий помощь становится работой и помощь из разряда добродетелей переходит в категорию профессий.

В современном мире все больше отмечается проблем, обусловленных межличностными взаимоотношениями. Это вопросы, связанные с усложнением и обострением социальных конфликтов на уровне отдельного индивидуума, семьи, коллектива, государства и межгосударственных отношений. Многообразие социальных конфликтов, сопровождающихся насилием и жестокостью (локальные военные конфликты, терроризм, криминальная ситуация и т. п.), сильнейшие природные катаклизмы (стихийные бедствия) и техногенные катастрофы еще больше усугубляют бытие человека. Это говорит о необходимости оказания качественной экстренной и неотложной психологической помощи населению в кризисных состояниях.

Кризисное состояние – это психическое (психологическое) состояние человека, внезапно пережившего субъективно значимую и тяжело переносимую психическую травму (вследствие резкого изменения образа жизни, внутриличностной картины мира) или находящегося под угрозой возникновения психотравмирующей ситуации. Характеризуется чувством беспокойства, тревоги различной интенсивности; фиксацией на психотравмирующей ситуации; переживаниями собственной несостоятельности, беспомощности, безнадежности, пессимистической оценкой собственной личности, актуальной ситуации и будущего; выраженными затруднениями в планировании деятельности.

Так что же такое экстренная и неотложная психологическая помощь? Ответ на данный вопрос нам предоставляет проект Федерального закона о психологической помощи населению в Российской Федерации (24 июня 2014 год).

Экстренная психологическая помощь, направленная на коррекцию актуального эмоционального состояния пострадавших и носящая заверченный характер, непосредственно на месте события оказывается: лицам, пострадавшим при чрезвычайных ситуациях физически, материально, психологически; членам семей, другим родственникам и иным лицам, имеющим личные отношения с пострадавшими и погибшими при чрезвычайных ситуациях; очевидцам чрезвычайных ситуаций, находящимся в непосредственной близости к зоне чрезвычайных

ситуаций; специалистам, участвующим в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

Неотложная психологическая помощь обеспечивает безотлагательное психологическое консультирование получателей психологической помощи, содействует мобилизации их физических, духовных, личностных, интеллектуальных ресурсов для выхода из кризисного состояния, способствует предотвращению развития психических состояний, представляющих опасность для себя и иных лиц.

В Красноярском крае за последние полгода произошло больше 1000 самоубийств и попыток самоубийства, половина из которых закончились трагично. В месяц это около 200 случаев. В Следственном комитете по краю подтверждают: количество суицидов и попыток покончить с собой растёт. И больше всего совладать с эмоциями не могут мужчины среднего и постпенсионного возраста. «Растёт количество самоубийств и среди подростков. За полгода в Красноярском крае зафиксировали 80 случаев. В случае с подростками чаще всего возникают проблемы с родителями или учителями. Тут причины, казалось бы, понятны. Но что доводит до крайности состоятельных красноярцев?», – говорит старший помощник руководителя СУ СК РФ по краю Ольга Дегидь.

Возможно, наличия центра, оказывающего квалифицированную экстренную и неотложную психологическую помощь, сократило бы количество жертв, пострадавших от, того, что не нашли поддержки со стороны окружающих.

Для исследования спроса на получение экстренной и неотложной помощи была создана краткая анкета, содержащая 4 вопроса с закрытой формой ответа «Да», «Нет»:

- Встречали ли Вы предложения об оказании услуг экстренной и неотложной психологической помощи в городе Красноярске?
- Случались ли у Вас кризисные ситуации, которые Вы не в состоянии были разрешить самостоятельно?
- Если «Да», то готовы ли Вы были обратиться за помощью к квалифицированному специалисту?
- Как Вы считаете, необходимо ли создание в городе Красноярске центра по оказанию экстренной и неотложной психологической помощи?

В опросе приняли участие 35 человек. Возраст опрашиваемой категории от 18 до 24 лет. Среди опрашиваемых 24 женщины, 11 мужчин. Результаты таковы:



Рис. 1. Результаты ответов на вопрос: «Встречали ли Вы предложения об оказании услуг экстренной и неотложной психологической помощи в городе Красноярске?»

Большая часть людей из опрошенной группы (83%) не встречали предложений об оказании экстренной и неотложной психологической помощи в городе Красноярске.

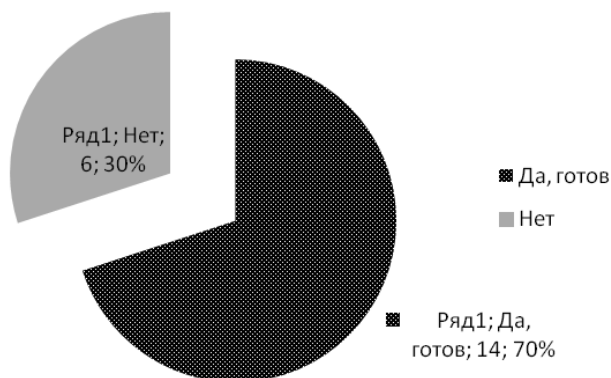


Рис. 2. Результаты ответов на вопрос: «Случались ли у Вас кризисные ситуации, которые Вы не в состоянии были разрешить самостоятельно?»

Из 20 человек опрошенных, ответивших, что бывали в кризисных ситуациях, с которыми не могли справиться самостоятельно, на вопрос «Готовы ли Вы были обратиться к квалифицированному специалисту» ответы получились следующими: 70% из опрашиваемой группы (20 человек) ответили, что хотели бы и были готовы обратиться за помощью к квалифицированному специалисту.

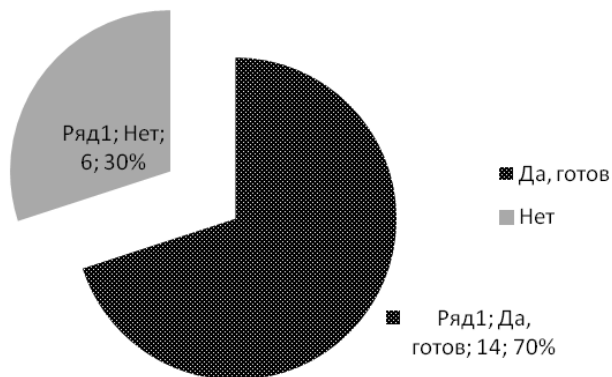


Рис. 3. Готовы ли Вы были обратиться за помощью к квалифицированному специалисту?

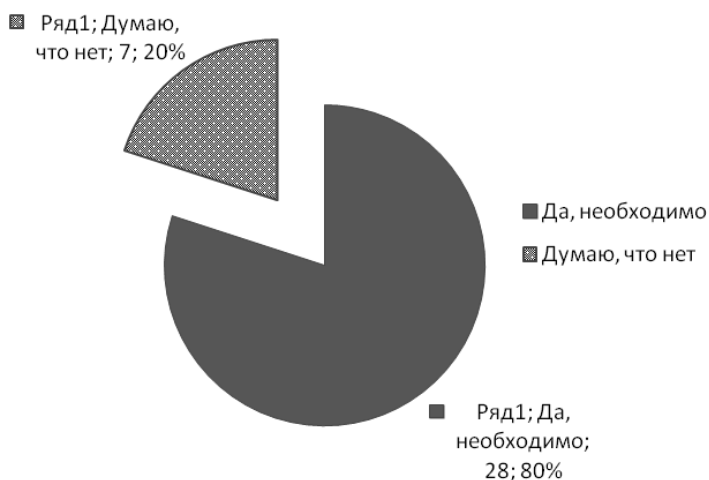


Рис. 4. Результаты ответа на вопрос: «Как Вы считаете, необходимо ли создание в городе Красноярске центра по оказанию экстренной и неотложной психологической помощи?»

По результатам опроса и наглядным диаграммам, можно сказать, что 83% из опрашиваемой категории людей никогда не встречали предложения об оказании услуг экстренной и неотложной психологической помощи в городе Красноярске. 58% попадали в кризисные состояния, с которыми не могли справиться самостоятельно, из них большая часть (70%) были готовы обратиться к квалифицированным специалистам. Из числа

опрашиваемых 80% высказались «За» создание центра по оказанию экстренной и неотложной психологической помощи населению города Красноярска.

Таким образом, в ходе нашего исследования выявлено, что большая часть людей из опрашиваемой группы не встречали предложений об оказании экстренной и неотложной психологической помощи в городе Красноярске, но готовы были бы обратиться, если таковая услуга предоставлялась. Создание центра, оказывающего качественную экстренную и неотложную помощь в городе Красноярске, актуально и востребовано.

Список литературы

1. Бурмистрова Е. В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде). М. : МГППУ, 2006. 96 с.
2. Асмолов А. Г. Психология индивидуальности: методологические аспекты развития личности в историко-эволюционном процессе : учеб-метод. пособие. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. 96 с.
3. Проект Федерального закона о психологической помощи населению в Российской Федерации (24 июня 2014 год) [Электронный ресурс]. URL: <http://appme.ru>.
4. Статистика самоубийств в городе Красноярске [Электронный ресурс]. URL: <https://tvk6.ru/publications/news/10633>.

УДК 159.9.07

САМООТНОШЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Г. В. Хинчагов, С. М. Колкова

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

Аннотация. В статье описано исследование, проведенное с целью выявления проблем самоотношения студентов с нарушением. Гипотеза о том, что обучение в медицинском университете влияет на формирование у студентов ипохондрии, не подтвердилась данными исследования.

Ключевые слова: личность, самоотношение, самоуважение, аутосимпатия, самоинтерес, самоуверенность, самопонимание, самообвинение, подросток с нарушением слуха

Актуальность. Проблема формирования личности в подростковом возрасте является одной из самых главных в современной педагогике и

психологии. Особенно значимой эта проблема является для тех, чье самостоятельное «врастание» в культуру затруднено из-за имеющихся врожденных нарушений слуха, препятствующих полноценному общению с другими людьми и овладению чтением. Своеобразие социальной ситуации развития человека с нарушенным слухом влияет не только на его речевое развитие, оно также сказывается на адекватности его поведения, эмоциональном и личностном развитии.

«Представление глухого человека о самом себе («я-концепция») отличается от слышащих: у них часто наблюдаются преувеличенные представления о своих возможностях, об оценке их другими людьми. Нормальные отношения с окружающими зависят от адекватности самооценки. Если в младенчестве ребенок не получает достаточно материнской ласки, внимания и любви, то он вырастает несамостоятельным, неуверенным в себе, настороженным. В подростковом возрасте большое влияние на развитие личности глухих детей оказывают условия обучения и взрослые, осуществляющие это обучение.

«Я-концепция» лиц подросткового и юношеского возраста с нарушениями слуха имеет ряд устойчивых индивидуально-психологических особенностей, которые обусловлены временем возникновения и степенью слуховой недостаточности, спецификой речевого развития и социальной ситуацией развития личности. У глухих подростков имеются большие трудности в формировании морально-этических представлений и понятий, преобладают конкретные, крайние оценки; затруднено понимание причинной обусловленности эмоциональных состояний и выделение, и осознание личностных качеств. Это мешает как адекватной оценке ими окружающих, так и формированию у таких детей правильной самооценки.

Осознаваемые подростком познавательные, коммуникативные, организаторские и другие способности, проявляющиеся в учебной деятельности, становятся объективными и субъективными факторами, определяющими уровень и модальность его самоотношения. Осознание того, насколько он успешно или неуспешно справляется с трудностями учебной деятельности, утверждает свое «Я» в группе сверстников, насколько уровень его притязаний соответствует его возможностям и успешности реализации способов самоутверждения, — все это определяет направление формирования качества самооценки и самоотношения подростка на многие годы».

Исследование было проведено на базе КГБОУ СПО «Красноярский техникум социальных технологий». Красноярский техникум социальных

технологий предлагает 9 профессий по программам подготовки квалифицированных рабочих служащих и 3 специальности среднего профессионального образования. Так же одним из важных направлений работы этого образовательного учреждения является обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья.

В исследовании приняли участие 34 подростка, имеющие нарушение слуха. Был использован «Тест-опросник самооотношения построенный в соответствии с разработанной В. В. Столиным иерархической моделью структуры самооотношения. Данная версия опросника позволяет выявить три уровня самооотношения, отличающихся по степени обобщенности:

- 1) глобальное самооотношение;
- 2) самооотношение, дифференцированное по самоуважению, аутсимпатии, самоинтересу и ожиданиям отношения к себе;
- 3) уровень конкретных действий (готовностей к ним) в отношении к своему «Я».

В качестве исходного принимается различие содержания «Я-образа» (знания или представления о себе, в том числе и в форме оценки выраженности тех или иных черт) и самооотношения.. В ходе жизни человек познает себя и накапливает о себе знания, эти знания составляют содержательную часть его представлений о себе. Однако знания о себе самом, естественно, ему безразличны: то, что в них раскрывается, оказывается объектом его эмоций, оценок, становится предметом его более или менее устойчивого самооотношения».

По результатам первичной диагностики самооотношения, у студентов обеих групп были выявлены показатели «самоотношения» ниже среднего (у 71% студентов). Это глобальное самооотношение, которое измеряет интегральное чувство «за» или «против» собственного «Я» испытуемого (рисунок 1).

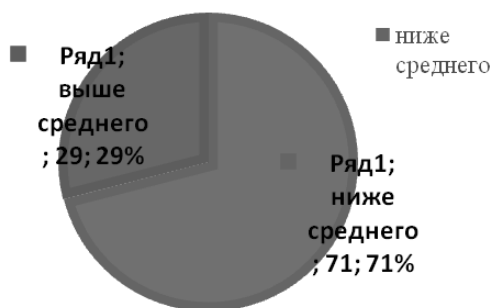


Рис. 1. Уровень глобального самооотношения

Уровень «самоуважения» у 77% ниже среднего. Как аспект самоотношения он отражает эмоциональную сторону и содержательно объединяет веру в свои силы, способности, энергию, самостоятельность, оценку своих возможностей, контролировать собственную жизнь и быть самопоследовательным, понимание самого себя (рисунок 2).

■ ниже среднего ■ выше среднего

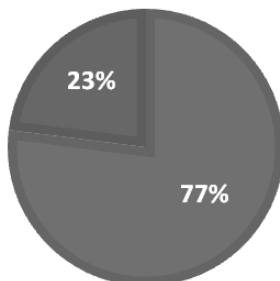


Рис. 2. Уровень самоуважения

«Аутосимпатия» при низком уровне характеризует отношение к себе как видение преимущественно недостатков, низкую самооценку, готовность к самообвинению. Студентов с показателями ниже среднего было 48% (рисунок 3).

■ ниже среднего ■ выше среднего

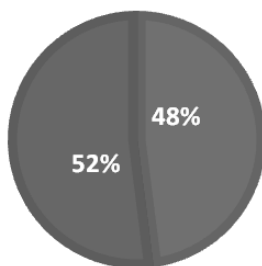


Рис. 3. Уровень аутосимпатии

«Самоуверенность» и «самоинтерес» отражает меру близости к самому себе, в частности интерес к собственным мыслям и чувствам, готовность общаться с собой «на равных», уверенность в своей интересности для других. У студентов эти показатели были низкими у 71% студентов (рисунок 4).

■ ниже среднего ■ выше среднего

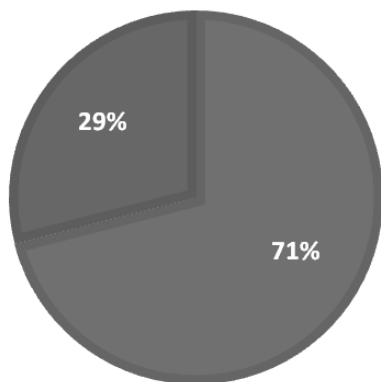


Рис. 4. Уровень самоуверенности и самоинтереса

«Самопонимание», как процесс, участвующий в согласовании представлений человека о себе и внешнем мире в процессе управления целями и погружения в деятельность. У 89% подростков оказались показатели ниже среднего (рисунок 5).

■ ниже среднего ■ выше среднего

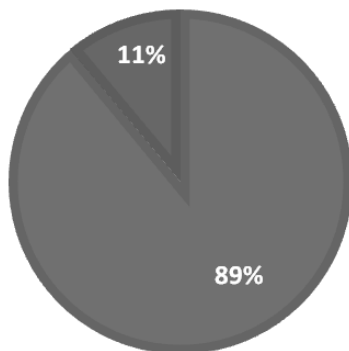


Рис. 5. Уровень самопонимания

Уровень «самообвинения» у студентов напротив оказался выше среднего, так 83% имеют повышенную тенденцию к обвинению себя или своих действий (рисунок 6).

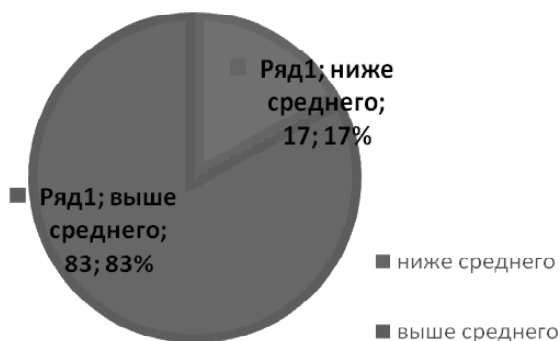


Рис. 6. Уровень самообвинения

Подростковый период знаменует собой сложный и противоречивый период в жизни человека, сопровождающийся гаммой положительных и отрицательных переживаний. В этом возрасте происходит становление самосознания личности и самоотношения, как ее компонента. Наличие нарушения слуха приводит к изменению развития самоотношения, деформации личности. Замедляется процесс переработки информации, вследствие этого ограничивается возможность усвоения социального опыта. Так же происходит негативное самовосприятие и отношение к окружающим. Нарушается становление адекватной самооценки. Возникают трудности в общении с окружающими людьми. Повышается критичность по отношению к себе, к оценке собственных личностных качествах, появляется недовольство своим телесным обликом. В процессе взросления молодые люди концентрируются на физических аспектах своего Я, начинают остро переживать все изъяны внешности.

Также большую роль играет наличие или отсутствие дефектов слуха у родителей такого подростка. Так, дети слышащих родителей чаще рассказывают о перспективах, что можно объяснить повышенной тревожностью слышащих родителей о будущем своих детей, по сравнению с неслышащими родителями. На начальных этапах развития большинство слышащих родителей не могут вызвать своих глухих детей на эмоциональное общение, хуже понимают их желания и потребности, часто излишне опекают своего ребенка, неохотно предоставляя ему свободу и самостоятельность. Все это усиливает зависимость глухих детей от взрослых, формирует такие личностные черты, как ригидность, импульсивность, эгоцентричность, внушаемость. У глухих детей возникают трудности с развитием внутреннего контроля за своими эмоциями и поведением, у них

замедлено формирование социальной зрелости. Однако подростки с нарушенным слухом имеют те же тенденции в развитии, что и их слышащие сверстники, но этот процесс идет более медленным темпом. Безусловно, многие особенности, характеризующие особенности подросткового возраста присущи и глухим. Очень важно не упустить кризисные моменты и помочь экологичному развитию личности.

Список литературы

1. Бодалёв А. А., Столин В. В. Самосознание как объект психодиагностики // Общ. психодиагностика / под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. С. 245-268.
2. Кольшко А. М. Психология самоотношения : учеб. пособие. Гродно: ГрГУ, 2004. 102 с.
3. Пантелеев С. Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система. М. : МГУ, 1991. 108 с.
4. Психология подростка / под ред. А. А. Реана. СПб.: Прайм - Евразнак, 2006. 480 с.
5. Чеснокова И. И. Особенности развития самосознания в онтогенезе // Принципы развития в психологии. М., 1978. С. 316-335.

УДК 159.9.07

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ВНУТРИЛИЧНОСТНОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ИХ ЛИЧНОСТНЫХ ИДЕНТИЧНОСТЕЙ

С. А. Шевченко, О. В. Волкова

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

Аннотация: в статье описаны результаты статистического исследования, проведенного с целью изучения взаимосвязей особенностей внутриличностного эмоционального интеллекта и личностной идентичности. Исследование выполнено с применением метода корреляционного анализа Пирсона. Данная работа соответствует актуальным проблемам отечественной и зарубежной психологической науки и вносит новые гипотезы и эмпирические данные в сферу их разработки. В результате статистической обработки и описания полученных сведений сделаны выводы о су-

ществовании прямой взаимосвязи между выраженностью половой идентичности и способностью к идентификации и описанию собственных эмоций, прямой взаимосвязи социальной идентичности и способности к описанию чувств и обратной взаимосвязи между выраженностью индивидуальной идентичности и способностью к контролю экспрессии. На основании полученных результатов, в конце работы выдвинуты гипотезы, описывающие природу изучаемой взаимосвязи.

Ключевые слова: личностная идентичность, эмоциональный интеллект, идентификация чувств, половая идентичность.

Актуальность. В настоящее время проблемы изучения эмоционального интеллекта и личностной идентичности актуальны как для зарубежной, так и для отечественной психологической науки. До сих пор не существует общепризнанных определений и методик исследования этих феноменов.

Так, ведущие авторы работ посвященных эмоциональному интеллекту выдвинули следующие определения:

Дж. Мэйер, П. Сэловей и Д. Карузо, которые ввели в психологию понятие «эмоциональный интеллект» в 1990 году считали его «способностью перерабатывать информацию, содержащуюся в эмоциях, определять значение эмоций, их связи друг с другом, использовать эмоциональную информацию в качестве основы для мышления и принятия решений» (Mayer, 1997).

Р. Бар-Он предложил более широкую трактовку этого понятия. Согласно его работам, эмоциональный интеллект это «совокупность когнитивных способностей, знаний и компетентностей, создающих человеку возможности для эффективной жизнедеятельности» (Bar-On, 1997). Такое широкое определение малоприменимо для нужд исследования.

Д. Гоулман, добавляя к внутриличностному полюсу эмоционального интеллекта его межличностную сторону, считал его «способностью человека истолковывать собственные эмоции и эмоции окружающих» (Гоулман 1995).

Ведущий отечественный исследователь эмоционального интеллекта Д.В. Люсин считает его вслед за Д. Гоулманом «совокупностью способностей для понимания своих и чужих эмоций и управления ими», добавляя к идее толкования скрытого смысла эмоций идею управления ими (Люсин, 2004).

Для использования в данном исследовании был выбран подход Д.В. Люсина, как наиболее интегрированный. Более того, этот исследователь

является нашим соотечественником, а значит предложенная им методика исследования «Тест эмоционального интеллекта Люсина», прошедшая валидизацию на российской выборке больше подходила для целей исследования, чем зарубежные аналоги.

Исследователи идентичности также по-разному подходят к определению основного понятия своих научных разработок:

Первым определение понятия «идентичность» сформулировал Э.Эриксон в своей работе «Идентичность: юность и кризис». И оно звучало как: «твёрдо усвоенный и личностно принимаемый образ себя во всем многообразии социальных отношений» (Эриксон, 2006).

Следом за Э. Эриксоном, подчеркивая происхождение идентичности, Э. Гоффман пишет, что идентичность это «комплекс представлений индивида о самом себе, порождаемый в процессе коммуникации через самопрезентацию, инсценирование, занятие ролевой дистанции, стигматизацию» (Гоффман, 2001).

Американский социолог Г. Беккер рассматривает идентичность в сравнении с удачно «играемой» социальной ролью. А смену ролей, как переидентификацию. По Г. Беккеру, если социальный опыт индивида включает несколько ролей, то у него формируется не одна, а несколько идентичностей (Беккер, 2001).

Отечественный исследователь Е.О. Труфанова, во многом повторяя за своими зарубежными коллегами, определяет идентичность как «отношение человека к самому себе, становление которого происходит, прежде всего, в ходе социального взаимодействия» (Труфанова, 2008).

И еще один наш соотечественник В.А. Ядов, рассматривает процесс самоидентификации, как определение человеком того, какое сообщество он «принимает как свой социум, где границы этого сообщества, и как оно связано с другими, какова его собственная позиция в этих взаимосвязях» (Ядов, 2000).

Русские и зарубежные исследователи в своих определениях идентичности отражают ход научной мысли от простого обозначения поля исследования, к пониманию процессов становления изучаемого явления. Но в данной работе акцент сделан скорее на констатации различия в разных аспектах идентичности между участниками выборки. Поэтому для нужд исследования было выбрано определение Э. Эриксона, как наиболее им соответствующее.

Целью исследования было исследование взаимосвязи особенностей эмоционального интеллекта студентов факультета клинической психологии и их личностных идентичностей.

Исследование проводилось на выборке студентов четвертого курса факультета клинической психологии Красноярского государственного медицинского университета. В исследовании приняли участие 30 человек в возрасте от 20 до 22 лет.

Методический арсенал исследования составили методики:

1. Тест эмоционального интеллекта Д.В. Люсина
2. Торонтская шкала алекситимии (TAS-20)
3. Методика исследования личностной идентичности В.Б. Никишиной
4. Тест Куна – Макпартленда в модификации В.И. Юрченко

Полученный эмпирический материал был подвергнут корреляционно-му анализу, в результате проведения которого были получены следующие данные:

Наиболее значимые коэффициенты корреляции были получены при статистическом исследовании взаимосвязи выраженности половой идентичности с разными аспектами внутриличностного эмоционального интеллекта. Так количество утверждений отражающих половую идентичность выборки в тесте Куна-Макпартленда выявляет значимую отрицательную корреляцию со шкалой «Трудности идентификации чувств» ($r=-0,53$; $N=30$; $p<0,01$) и шкалой «Трудности описания чувств» ($r=-0,49$; $N=30$; $p<0,01$) TAS-20. А также значимую положительную корреляцию со шкалой «Понимание собственных эмоций» ($r=0,377$; $N=30$; $p<0,05$) теста эмоционального интеллекта Д.В. Люсина.

Количество субъективных утверждений в тесте Куна-Макпартленда значимо отрицательно коррелирует со шкалой «Трудности описания чувств» ($r=-0,45$; $N=30$; $p<0,05$) TAS-20 и шкалой «Контроль экспрессии» ($r=-0,38$; $N=30$; $p<0,05$) теста эмоционального интеллекта Д.В. Люсина. А также значимо положительно коррелирует со шкалой «Понимание собственных эмоций» того же теста.

Количество утверждений отражающих социальную и индивидуальную идентичность значимо отрицательно коррелирует соответственно со шкалой «Трудности описания чувств» ($r=-0,42$; $N=30$; $p<0,05$) TAS-20 и шкалой «Контроль экспрессии» ($r=-0,41$; $N=30$; $p<0,05$) теста эмоционального интеллекта Д.В. Люсина.

Значимых корреляций между данными полученными с использованием методики исследования личностной идентичности В.Б. Никишиной и данными других методик не было получено.

Объясняя полученные результаты можно выдвинуть гипотезу о наличии прямой взаимосвязи между выраженностью половой идентичности и способностью к идентификации и описанию собственн

эмоций, объясняя ее большей представленностью инстинктивных импульсов и связанных с ними чувств в сознании людей с более выраженной половой идентичностью (т.к. в том числе и на их основе она формируется).

Значимая корреляция количества субъективных утверждений и показателей способности описывать собственные чувства может быть объяснена аналогичным образом: результат восприятия и описания собственных чувств есть основание для формирования субъективных утверждений о себе.

Найденная взаимосвязь социальной идентичности и способности к описанию чувств, вероятно, связана с тем, что шкалы половой и социальной идентичности связаны. И поэтому, корреляция шкалы половой идентичности отражается и на шкале социальной.

Также обнаружена обратная взаимосвязь между выраженностью индивидуальной идентичности и способностью к контролю экспрессии. Необходимость изучения природы этой взаимосвязи ляжет в основу дальнейших исследований.

Список литературы

1. Александрова Н. П. К вопросу о сущности понятия «эмоциональный интеллект» // Вестник российского университета дружбы народов. Серия: психология и педагогика. 2009. № 4. С. 71–75.
2. Антонов Д. А. Методологические особенности исследования проблемы идентичности // Среднерусский вестник общественных наук. 2011. № 4. С. 7–13.
3. Беккер Г. Девиантность как следствие «наклеивания ярлыков» // Контексты современности – II : хрестоматия. 2-е изд. Казань, 2001. С. 145–149.
4. Волкова О. В., Черненко Л. О. Взаимосвязь между наличием алекситимии и уровнем невротизации личности у пациентов с ишемической болезнью сердца // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал : материалы II-й Междунар. науч.-практ. конф. (г. Красноярск, 27-28 нояб. 2015 г.) / гл. ред. И. О. Логинова. Красноярск : Версо, 2015. С. 401–407.
5. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. М. : АСТ, 1995. 478 с.
6. Дегтярев А. В. «Эмоциональный интеллект»: становление понятия в психологии // Психологическая наука и образование. 2012. № 2. С. 170–180.
7. Косенчук Л. Ф. Сущность идентичности и основные подходы к ее исследованию // Теория и практика общественного развития. 2014. № 16. С. 223–225.
8. Люсин Д. В. Социальный интеллект: Теория, измерения, исследование. М. : Институт психологии РАН, 2004. 176 с.
9. Мазур Е. Ю. К анализу психологических подходов в исследовании идентичности // Наука о человеке: гуманитарные исследования. 2010. № 5. С. 146–151.
10. Никашина В. Б., Петраш Е. А. Методика исследования личностной идентичности: методология и технология стандартизации // Научные ведомости белгородского государственного университета. Серия: гуманитарные науки. 2014. № 6. С. 254–261; № 13. С. 354–361.

11. Традиции и перспективы исследований в сфере психокоррекции и психопрофилактики функциональных и эмоциональных состояний / И. О. Логинова, О. В. Волкова, Ю. В. Андреева, А. Моцкене, М. Жукаускене, Н. В. Попенко, И. О. Кононенко, Н. Н. Вишнякова, Е. В. Зорина, Ж. Г. Василькова, В. Б. Чупина, Ю. В. Живаева, Е. И. Стоянова, М. А. Лисняк, Н. А. Горбач. Саратов : Амирит, 2016. 352 с.

12. Труфанова Е. О. Идентичность и Я // Вопросы философии. 2008. № 6. С. 95–105.

13. Фомина Н. И. Эмоциональный интеллект как предмет психологического исследования // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. 2011. № 23. С. 53–57.

14. Шиняева О. В. Идентичность и идентификационное поведение: теоретическое подходы к исследованию // Гражданское общество России: состояние, тенденции, перспективы. 2015. № 1. С. 3–8.

15. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М. : Флинта, 2006. 342 с.

16. Ядов В. А. Социальная идентификация // Психология самосознания : хрестоматия. Самара, 2000. С. 589–602.

УДК 159.9.072

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

В. Е. Шумилина, Н. В. Попенко

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

Аннотация: в настоящее время проблема тяжести течения гнойной хирургической инфекции нижних конечностей у лиц взрослого возраста, трудности ее ранней диагностики и эффективного лечения, высокий уровень летальности и инвалидизации отражают большую актуальность данной проблемы в хирургии, терапии и психологии в целом. В настоящее время во всех странах, и особенно экономически развитых, увеличилось число больных сахарным диабетом (СД), а распространенность этого заболевания среди взрослого населения в целом достигает 5–6%. В 60–85% случаев отмечаются некротические изменения в тканях стопы, которые носят название «диабетическая стопа». В перечне осложнений сахарного диабета синдром диабетической стопы (СДС) занимает лидирующие позиции (Светухин, 2003). Частота высоких ампутаций нижних конечностей по поводу синдрома диабетической стопы составляет 6–8 на 1000 пациентов с сахарным диабетом в год (Гавриленко, 2000; Каверин, 2004). Вместе с этим у пациентов с сахарным диабетом и гнойно-некротическими заболеваниями нижних конечностей отмечаются грубые нарушения

мышления. В связи с актуальностью и недостаточной изученностью данного вопроса целью исследования явилось изучение нарушений мышления у пациентов с синдромом диабетической стопы. Экспериментальной базой для проведения нашего исследования явилась Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича, отделение гнойной хирургии. Для проведения исследования мы использовали блок психологических методик, направленных на всестороннее изучение мышления пациентов. Таким образом, собрав и обработав полученную информацию, мы смогли сделать следующие выводы: у пациентов с синдромом диабетической стопы встречаются такие нарушения мышления как искажения уровня обобщения, разноплановость и инертность мышления.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая стопа, нарушения мышления, инертность мышления, разноплановость, искажение уровня обобщения

Актуальность. Сахарный диабет - распространенное хроническое заболевание, которое вызывается недостаточным количеством эндогенного инсулина или его сниженной эффективностью. Поражение нервов при сахарном диабете называется диабетической нейропатией и является одним из основных осложнений сахарного диабета. Прежде всего при сахарном диабете страдают ноги, так как там самые длинные нервные волокна во всем организме человека. Проявляется диабетическая нейропатия болями в ногах, чувством жжения, «ползания мурашек», покалывания, онемения. Также диабетическая дистальная нейропатия характеризуется снижением чувствительности ног: пропадает возможность воспринимать воздействие высокой и низкой температуры, боль (например, укол острым предметом), вибрацию.

Синдром диабетической стопы собирательное понятие, объединяющее группу поздних осложнений сахарного диабета, при которых развиваются патологические изменения стоп больного в виде гнойно-некротических процессов, язв и костно-суставных поражений, возникающие на фоне специфических изменений периферических нервов, сосудов, кожи и мягких тканей, костей и суставов. Именно синдром диабетической стопы является основной причиной ампутаций конечностей при сахарном диабете. Также отмечается что у больных сахарным диабетом с осложнениями в виде появления синдрома диабетической стопы происходят изменения мышления в виде его нарушения, которые осложняют тяжесть патологии. Нарушения мышления при сахарном диабете встречаются у

17,4-84% больных. В патогенезе этих расстройств придается значение следующим факторам: гипоксия головного мозга при поражении церебральных сосудов, гипогликемия, непосредственное поражение ткани мозга. Помимо первичных расстройств функции нервной системы, при сахарном диабете имеют значение социально-психологические факторы (снижение трудоспособности, ежедневные инъекции, снижение половой функции), особенности характера индивидуума (тревожно-мнительные черты в сочетании с прямолинейностью, обязательностью, принципиальностью и ригидностью психики), неблагоприятные внешние влияния в форме перенапряжения и психических потрясений, влияние длительного медикаментозного лечения. Сам факт наличия у больного сахарного диабета может быть источником нарушения мыслительной сферы пациента.

Материалы и методы. Данное исследование проводилось с целью изучения особенностей мышления пациентов с синдромом диабетической стопы. Исследование проводилось в Красноярской межрайонной клинической больнице скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича в отделении гнойной хирургии. В исследовании приняли участие 9 пациентов, проходивших лечение в отделении гнойной хирургии на предмет диабетической ангиопатии нижних конечностей («синдрома диабетической стопы»).

Для проведения исследования мы использовали блок патопсихологических методик, направленных на всестороннее изучение мышления пациентов. Все диагностические методики отвечают логике и целям нашего исследования, подобраны с учетом возраста, образования пациентов и позволяют в совокупности выявить нарушения мышления.

1) Для исследования процессов обобщения, абстрагирования, анализа последовательности умозаключений и критичности мышления нами была использована методика «Классификация предметов», предложенная К. Гольдштейном, видоизменена Л. С. Выготским и Б. В. Зейгарник. Методика включает в себя колоду из 68 карточек на которых изображены разнообразные предметы и живые существа, кухонная утварь (цветные, чёрно-белые).

2) Для исследования аналитико-синтетической деятельности пациентов мы использовали методику «Исключение предметов». Автор методики неизвестен, но в работах Б. В. Зейгарник (1969, 1973), Ю.Ф. Поляков (1974) имеются подробные описания о сути методики и процедуре её проведения. Стимульный материал методики состоит из 28 карточек-заданий. На каждой карточке изображены 4 предмета, три из которых имеют общий признак и, следовательно, могут быть обобщены, а у одного

предмета, подлежащего исключению, этот признак отсутствует. Задания имеют разную степень трудности и предоставляются пациенту по мере усложнения, в зависимости от уровня образования.

3) Для выявления характера логических связей и отношений между предметами были использованы методики «Простые аналогии» для пациентов без высшего образования, и методика «Сложные аналогии» для пациентов, имеющих хотя бы одно высшее образование. Методики были предложены и подробно описаны Э. А. Коробковой (1969). Стимульный материал методики «Простые аналогии» представлен бланком, напечатанным на трёх листах формата А4, где с левой стороны указаны два понятия, находящиеся в определенной логической связи, а в правой части бланка – понятия, которые находятся в определенных логических отношениях. Стимульный материал методики «Сложные аналогии» представлен на листе формата А4 и включает в себя шифр с видами логической связи и 20 заданий с вариантами ответа.

4) Для выявления понимания переносного смысла, умения вычленять главную мысль во фразу конкретного содержания, а также целенаправленность суждений пациентов была использована методика «Соотношение пословиц, метафор и фраз», разработанную Б.Ф. Зейгарник в 1934 году. Для проведения методики мы использовали 4 типа таблиц на которых были представлены половницы, фразы, метафоры и фразы к метафорам.

5) Для исследования умения выделять существенное из деталей, а также для исследования эмоциональных откликов, которые вызывает у пациента некий сюжет нами была использована методика «Объяснение сюжетных картин». Данная методика с 1921 г. используется в психиатрии и психологии труда, автор неизвестен. Для патопсихологии методику адаптировал Л. С. Выготский и Б. В. Зейгарник. Стимульный материал – чёрно-белая сюжетная картинка, напечатанная на листе формата А4.

6) Для исследования понимания связи событий и последовательности процесса мышления мы использовали методику «Установление последовательности событий», предложенную А. Н. Бернштейном. Для проведения опыта мы использовали серии сюжетных картинок в количестве от 3 до 7 (предъявлялись пациентам в зависимости от уровня образования). На сериях были изображены последовательные этапы какого-либо события.

Данные методики направлены на всестороннее изучение характера мышления пациентов, процессов анализа и синтеза. Используемые методики дают возможность сделать выводы о последовательности умозаключений и динамике мыслительной деятельности.

В. М. Блейхер в своей монографии «Расстройства мышления» (1937 г.) приводит ряд патопсихологических особенностей пациентов гнойно-хирургического профиля. В качестве особенностей мышления и личности пациентов с данной группой заболеваний автор приводит следующие:

- резонёрство, характеризующиеся склонностью к пустым, бесплодным, основанным на поверхностных, формальных аналогиях рассуждениям. Она проявляется в неадекватном реальной ситуации мудрствовании, многословности и банальности суждений. При этом цель мыслительной задачи отодвигается на задний план, а на передний выдвигается стремление больного к «рассуждательству».

- инертность мышления в виде стереотипных, персевераторных идей. Склонность к застреванию в сознании больного каких-либо мыслей, представлений, образов, слов или фраз, вне зависимости от изменения ситуации и нарушения цели деятельности. Также Блейхер упоминает о наличии так называемых «флуктуациях», пронизывающих всю деятельность таких пациентов.

Г. В. Залевский (1976) пишет об ослаблении при персеверации представления цели деятельности. Персеверация проявляется в речи больного.

- фабулирующее мышление, связанное с обилием конфабуляций (вымыслов, не соответствующих действительности). В значительной степени такое мышление характеризуется тем, что больные принимают за представления не только о прошлом, но и о текущей реальности.

- полная или частичная утрата морально-этических установок.
- завышенная самооценка, сочетающаяся с неадекватной оценкой собственных возможностей.
- нарушения эмоционально-личностной сферы в виде резких перепадов настроения.
- недооценка тяжести своего состояния и склонность аггравировать симптомы при поступлении в медицинское учреждение.

В своём исследовании мы использовали классификацию нарушений мышления, которую предложила Б.В. Зейгарник:

I. Нарушение операциональной стороны мышления в виде:

- снижения уровня обобщения (в суждениях больных доминируют непосредственных представления о предметах и явлениях);
- искажения уровня обобщения (отражение в суждениях случайной стороны явления, предметное содержание не учитывается).

II. Нарушение личностного компонента мышления в виде:

- разноплановости мышления (суждения об одном и том же объекте протекают в разных плоскостях);

- резонёрства («бесплодное мудрствование»).

III. Нарушение динамики мыслительной деятельности в виде:

- инертности мышления (трудности в переключении с одной деятельности на другую);
- лабильности мышления (неустойчивость способа выполнения задания);
- непоследовательности суждений (неустойчивость адекватного характера суждений).

Результаты. В ходе экспериментально-психологического исследования мышления у пациентов с синдромом диабетической стопы, нами было выявлено что у всех 9 пациентов (100%) имеются различные нарушения мышления. А именно, у 4 (44%) пациентов выявлено нарушение мышления в виде инертности мышления и склонности к чрезмерной детализации. У 6 (66%) пациентов выявлена разноплановость мышления. Искажение уровня обобщения было выявлено у 2 (22%) пациентов, также у этих двух пациентов была выявлена склонность к резонёрству и непоследовательность суждений.

Выводы. Таким образом, синдром диабетической стопы очень распространённое осложнение сахарного диабета, которое в настоящее время значительно ухудшает качество жизни пациентов. А в некоторых случаях даже приводит в ампутации конечностей. Также у пациентов с синдромом диабетической стопы отмечаются различные нарушения мышления, которые обусловлены различными факторами. Проведя экспериментальное патопсихологическое исследования мышления пациентов отделения гнойной хирургии в Красноярской межрайонной клинической больнице скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича в отделении гнойной хирургии, мы выявили, что у пациентов имеются нарушения мышления в виде:

- нарушение динамики мыслительное деятельности в виде инертности мышления;
- нарушение личностного компонента мышления в виде разноплановости;
- нарушение операциональной стороны мышления в виде искажения уровня обобщения со склонностью к резонёрству и непоследовательностью суждений.

Список литературы

1. Агарков И. М. Опыт изучения качества жизни больных сахарным диабетом // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2006. № 1. С. 24–26.

2. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов : учеб. пособие. М. : Высшая школа, 2001. 317 с.
3. Блохина С. И., Баранская Л. Т., Елькин И. О. Теоретические и философские проблемы медицинской реабилитации // Российская оториноларингология. 2003. № 2. С. 31–32.
4. Давыдкин Н. Ф. О терминах «реабилитация» и «медицинская реабилитация» // Российская оториноларингология. 2003. № 2. С. 33–34.
5. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М. : Из-во МГУ, 1986. 287 с.
6. Каминский А. В., Коваленко А. Н. Сахарный диабет и ожирение: клиническое руководство по диагностике и лечению. Киев, 2010. 256 с.
7. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. СПб. : Питер, 2004. 553 с.
8. Левченко И. Ю. Патопсихология: теория и практика. М. : Изд. Центр «Академия», 2000. 232 с.
9. Малявин А. Г. Респираторная медицинская реабилитация : практ. рук. для врачей. М.: Практическая медицина, 2006. 416 с.
10. Оперативная хирургия гнойных заболеваний взрослых: практ. рук. / под ред. В. Д. Тихомировой. СПб.: Информационно-издательское агентство «ЛИК», 2001. 432 с.
11. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике : практ. рук. М.: Медицина, 1970. 215 с.
12. Этиология, патогенез, классификация и хирургическое лечение синдрома диабетической стопы / Н. Н. Чур, И. Н. Гришин, А. А. Козловский, Ю. И. Кокошко // Хирургия. 2003. № 4. С. 42–46.
13. Энциклопедический словарь медицинских терминов. В 3-х т. / гл. ред. Б. В. Петровский. М. : Советская энциклопедия, 1982. Т. 3. С. 29.

УДК 159.9:61

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ 2 КУРСА

И. А. Яловка, О. В. Волкова

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

Аннотация. Цель: расширение ассортимента способов адаптации личности у студентов факультета клинической психологии 2 курса. Практическая значимость данной работы заключается в том, что полученные результаты исследования и апробации коррекционной программы могут быть использованы студентами для предотвращения возникновения психосоматических заболеваний. Теоретическая же значимость состоит в установлении связи между акцентуациями характера студентов клинической психологии и их влияние на возникновение психосоматических

заболеваний. На основании разработанной и апробированной коррекционной программы произошло расширение ассортимента используемых копинг-стратегий, что видно по результату снижения личностной тревожности и агрессии.

Ключевые слова: копинг-стратегии, психосоматика, стресс, коррекционная программа

Актуальность. Исходя из анализа психологической литературы видно, что одним из психологических механизмов развития личности выступает профессиональная направленность. Проблеме профессионального становления студентов – психологов и социальных работников посвящено большое количество исследований, что, однако, не исчерпало проблему, а лишь подчеркнуло ее глубину. Накоплен большой и содержательный материал, который дал определённые результаты, как в теоретическом, так и в практическом отношении, однако единой и стройной теории профессионального становления студентов – психологов до сих пор не существует.

При этом мы видим, что студенты клинической психологии, обучающиеся на втором курсе, имеют определенные психологические особенности в виде акцентуаций характера и психосоматических заболеваний.

В настоящее время одним из ведущих факторов, вызывающим нарушение здоровья человека, является эмоциональный стресс (Кутько, 2013).

Возникающее психоэмоциональное напряжение может приводить к повышению тревожности. Высокий уровень последней, как известно, способен выступать в качестве причины и следствия стресса, являясь деструктивной личностной чертой и неблагоприятно сказываться на жизнедеятельности организма в целом (Исаева, 2015).

Одним из объективных критериев оценки выраженности психоэмоционального напряжения является тип его вегетативного регулирования. Особенности последнего характеризуются показателями сердечного ритма, которые широко используют для индикации реактивной тревожности (РТ), личностной тревожности (ЛТ), степени адаптированности к учебному процессу (Василькова, 2015).

Для того чтобы снизить риск нежелательных тенденций в развитии личности нужна своевременная и качественная диагностика подобного неблагополучия, а так же адекватно подобранные коррекционные меры.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что изучение причин возникновения высокой тревожности и агрессивности у студентов, приведет к созданию и своевременному проведению коррекционно – развивающей работы, которая будет способствовать снижению уровня агрессивности и тревожности и формированию адекватного поведения. Что в свою очередь может дать результат в формировании эффективного копинга – стратегий поведения и способствовать корректировке заостренных черт характера и привести к снижению уровня психосоматических заболеваний.

Постановка проблемы. Проблема психологической адаптации студентов к ситуациям стресса имеет влияние на соматическое состояние в связи с некорректным использованием копинг-стратегии ситуации обучения.

Материалы и методы. Исследование было проведено в 2015-2016 учебном году в КрасГМУ.

В исследовании приняли участие студенты клинической психологии 2 курса. 16 человек (5 человек мужского пола и 11 женского). Полученные данные были проанализированы и наглядным образом представлены на диаграммах.

Был подготовлен и проведен комплекс диагностических методик, позволяющий в совокупности достичь поставленных целей и задач.

Исследование проходило в три этапа. На первом этапе была выявлена интенсивность психосоматических жалоб и наличие акцентуированных личностей. На втором этапе реализовывалась разработанная тренинговая программа, направленная на снижения уровня агрессивности и тревожности. На третьем этапе проведён анализ исходных данных с полученными результатами повторной диагностики после проведения коррекционной работы.

Для выявления психосоматических заболеваний использовалась методика «Гиссенский опросник психосоматических жалоб» в которой, отвечая на вопросы, студенты должны были самостоятельно оценить свое состояние здоровья. Ее авторы основываются на теории что, физическое состояние человека влияет на эмоциональный стереотип поведения. По их мнению, возможно и влияние психического состояния на соматическое самочувствие – сложившийся у личности эмоциональный стереотип поведения накладывает отпечаток на переживание физического состояния. Эмоциональный стереотип индивидуума оказывает непосредственное влияние на восприятие телесных расстройств.

Опросник «Способы совладающего поведения Р. Лазаруса» использовался для выявления привычных копинг – стратегий, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности.

В исследовании для выявления стресса и депрессии, ситуативной и личностной тревожности, а также нервного напряжения и эмоционального стресса использовался «8-факторный личностный опросник Спилберга – Радюка». Высокий уровень тревоги и агрессии, по результатам, говорит о наличии стресса, высокий уровень любознательности - об отсутствии стресса и депрессии.

Результаты и их обсуждение. По результатам констатирующего эксперимента по методике «8-факторный личностный опросник Спилберга-Радюка» (тест на стресс и депрессию) по шкале агрессивности были получены следующие результаты (Рисунок 1).

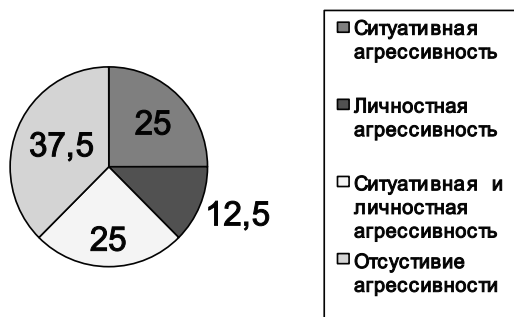


Рис. 1. Степень выраженности агрессивности у студентов

Анализируя результаты исследования можно констатировать, что высокие баллы ситуативной и личностной агрессивности имеются у 25% испытуемых. Для других 25% испытуемых характерна только ситуативная агрессивность под влияние каких-то внешних временных обстоятельств. У 12,5% испытуемых выявлена личностная агрессивность. А для 37,5% опрошенных характерно отсутствие выраженных показателей по этой шкале.

По данным шкал «интенсивность тревоги» и «частота тревоги» выявлено, что 50% опрошенных не имеют выраженных показателей. Ситуативную и личностную тревогу имеют лишь 18,75% испытуемых. А 31,25% испытуемых указывают на наличие ситуативной тревоги (Рисунок 2).

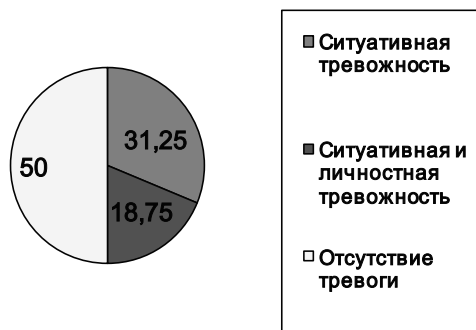


Рис. 2. Уровень тревоги у студентов

При этом, у многих испытуемых уровень любознательности находится в пределах нормы – 75%, что указывает на то, что полученные показатели по шкалам тревожности и агрессии, свидетельствующие о наличии эмоционального стресса, который возможно скорректировать. Однако у 18,75% отмечается снижение любознательности, что указывает на наличие эмоционального стресса. И лишь у 6,25% испытуемых выявлены завышенные показатели по этой шкале, что указывает на противоположную картину, отсутствие эмоционального стресса (Рисунок 3).

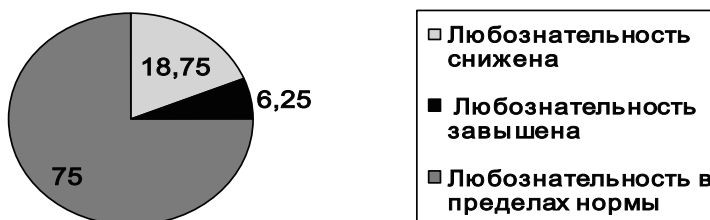


Рис. 3. Уровень любознательности у студентов

Говоря о соматических жалобах, по данным методики «Гиссенский опросник соматических жалоб» были получены данные указывающие на то, что жалобы на психосоматические заболевания у большинства испытуемых присутствуют. У 8 испытуемых отмечаются высокие жалобы о наличии/потере жизненной энергии и потребности в помощи – истощение. Желудочные недомогания беспокоят 3 человек. У 8 человек имеются жалобы, отражающие субъективные страдания пациента, носящие алгический или спастический характер. В сердечно-сосудистой сфере жалобы имеют 5 человек (Рисунок 4).



Рис. 4. Основные виды соматических жалоб у студентов

Интенсивность соматических жалоб отрицания имеет следующие результаты:

- у 37,5% испытуемых указанные жалобы говорят о наличии психосоматической симптоматики;
- 25% испытуемых имеют средне выраженную соматическую симптоматику – группа риска;
- 25% испытуемых усиленно указывают на свое соматическое здоровье, отрицая жалобы;
- 12,5% испытуемых имеют результаты, говорящие о их соматическом здоровье.

При этом, в методике «Способы совладающего поведения Лазаруса» были получены данные указывающие на то, что некоторые испытуемые отрицают наличие беспокоящих соматических недомоганий. У 50% испытуемых отмечается частое использование таких коппинг – стратегий как дистанцирование и бегство – избегание.

Таким образом, выраженность психосоматических заболеваний с учетом коппинг – стратегий дистанцирования и бегства – избегания требует уделить особое внимание этой проблеме. Данная «сверхнорма» (отрицание психосоматических жалоб) может быть защитной реакцией и может в условиях психотравмирующей ситуации обернуться непредсказуемыми поступками.

На основе результатов исследования первичной диагностики были выделены студенты с неадаптивными стратегиями поведения при стрессе, которые вызывают психосоматические заболевания. С целью снижения уровня тревожности и агрессивности в данной группе была разработана и апробирована психокоррекционная программа.

По результатам проведенных занятий, входящих в программу, была проведена вторичная диагностика по тем же методикам. И, по данным

сравнительного анализа результатов первичной и повторной диагностики группы, после проведенной работы было выявлено, что снижение интенсивности тревожности и агрессии математически не значимо. А вот результаты сравнительного математического анализа частоты тревожности показали, что различия до и после тренингов математически значимы (Таблица 1).

Результаты сравнительного математического анализа показали, что различия по выраженности интенсивности частоты уровня агрессии до и после тренинга математически значимы. Так как результаты контрольной группы до и после тренинга показали снижение уровня частоты агрессии.

Таблица 1 – Исследование тревожности и депрессии до и после проведения психологической коррекции

Характеристики	Тест	Ретест	t – критерия Стьюдента	Статистическое сравнение
Тест на стресс и депрессию. 8-факторный опросник Спилбергера-Радюка				
Интенсивность тревожности	329	293	2.8	$p \leq 0.05$
Интенсивность агрессии	294	259	2.4	$p \leq 0.05$
Частота тревожности	308	251	3.3	$p \leq 0.01$
Частота агрессии	382	308	6.4	$p \leq 0.01$

Таким образом, исходя из анализа теоретических и экспериментальных результатов проводимого исследования с помощью математического анализа, можно сделать вывод о том, что специально разработанная программа психологической коррекции, направленная на снижение уровня агрессивности и тревожности через расширение копинг- стратегий у студентов клинической психологии возраста 19 лет с наличием психосоматических заболеваний, является эффективной для снижения личностной тревоги и агрессивности. Так как отмечается положительная динамика результатов по методике «8-факторный личностный опросник. Методика Спилбергера – Радюка» после тренинговой программы в виде снижения уровня частоты тревожности и частоты агрессии.

Список литературы

1. Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Ильин А. Г. Сохранение и укрепление здоровья подростков — залог стабильного развития общества и государства // Вестник Российской академии наук. 2014. Т. 69, № 5. С. 65–70.

2. Василькова Ж. Г. Клиническая психология детей и подростков : учеб. пособие. Красноярск : тип. КГПУ им. В.П. Астафьева. 2015. 156 с.
3. Волкова О. В., Черненко Л. О. Взаимосвязь между наличием алекситемии и уровнем невротизации личности у пациентов с ишемической болезнью сердца // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал : материалы II-й Междунар. науч.-практ. конф. (г. Красноярск, 27-28 нояб. 2015 г.) / гл. ред. И. О. Логинова. Красноярск : Версо, 2015. С. 401–407.
4. Волкова О. В. Методологические принципы медико-психолого-педагогической коррекции выученной беспомощности детей с ослабленным здоровьем // Психология обучения. 2015. № 7. С. 121–132.
5. Волкова О. В. Теоретико-методологический анализ исследований выученной беспомощности: актуальность психосоматического подхода // Сибирское медицинское обозрение. 2013. № 4. С. 39–43.
6. Волкова О. В. Компоненты и механизмы формирования выученной беспомощности у детей с ослабленным здоровьем: онтогенетический подход // Сибирское медицинское обозрение. 2014. № 4. С. 86–91.
7. Волкова О. В. Развитие волевой регуляции личности, как механизм коррекции выученной беспомощности // Психология обучения. 2014. № 6. С. 29–43.
8. Волкова О. В. Интегративный подход к изучению выученной беспомощности детей // Сибирский психологический журнал (Томск). 2014. № 54. С. 126–145.
9. Волкова О. В. Перспективы применения комплексной модели исследования в разработке программы, направленной на диагностику, коррекцию и профилактику выученной беспомощности в онтогенезе // Сибирский психологический журнал (Томск). 2016. № 61. С. 47–63.
10. Исаева Е. Р. Психологические адаптационные ресурсы личности в условиях здоровья и болезни [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2015. № 1(30). С. 8. Электрон. версия печат. публ. URL: <http://www.mprj.ru> (дата обращения: 15.01.2016).
11. Карташова К. С. Основы психосоматики : учеб.-метод. пособие [Электронный ресурс]. Красноярск: Сиб. федер. ун-т., 2012. Электрон. версия печат. публ. URL: <http://ipps.sfu-kras.ru/library?page=2> (дата обращения: 15.01.2016).
12. Кутько И. И., Рачкаускас Г. С., Линев А. Н. Стресс и психическое здоровье (психопатология и психосоматика патогенного дистресса) // Новости медицины и фармации. 2013. № 3 (444). С. 20–25.
13. Каяшева О. И., Ефремова Д. Н. Особенности личностной рефлексии и копинг-стратегий людей с психосоматическими заболеваниями // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2015. № 3. С. 23–28.
14. Традиции и перспективы исследований в сфере психокоррекции и психопрофилактики функциональных и эмоциональных состояний / И. О. Логинова, О. В. Волкова, Ю. В. Андреева, А. Моцкене, М. Жукаускаене, Н. В. Попенко, И. О. Кононенко, Н. Н. Вишнякова, Е. В. Зорина, Ж. Г. Василькова, В. Б. Чупина, Ю. В. Живаева, Е. И. Стоянова, М. А. Лисняк, Н. А. Горбач. Саратов: Амирит, 2016. 352 с.
15. Харчева Ж. В., Волкова О. В. Исследование взаимосвязи между состоянием здоровья, уровнем групповой сплоченности и учебной успеваемостью студентов третьего курса // NACIONALINĖS SVEIKATOS MOKSLŲ STUDENTŲ KONFERENCIJOS MEDŽIAGA/STRAIPSNIŲ RINKINYS. Клайпеда, KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS, 2015. С. 335–338.

Подписано в печать 01.12.2014 г.
Бумага офс. 80 г/м². Усл. печ. л. 33.
Тираж 300 экз. Заказ № 184.

Отпечатано в ООО «Версо».
660079, г. Красноярск, ул. А. Матросова, 30к.
Тел.: 235-04-89, 235-05-89, e-mail: versona24@yandex.ru