

Санкт-Петербургский
государственный институт
психологии и социальной работы



ЗДОРОВАЯ ЛИЧНОСТЬ

Сборник материалов международной
научно-практической конференции

**21-22 ИЮНЯ
2012**



САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ
ПСИХОЛОГИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work

УДК 159.9

ББК 88

3 46

ЗДОРОВАЯ ЛИЧНОСТЬ

**Материалы международной
научно-практической конференции
21-22 июня 2012 года**

Здоровая личность: материалы международной научно-практической конференции 21-22 июня 2012 года. — СПб.: СПбГИПСР, 2012. — 168 с.

Самостоятельное научно-популярное
непериодическое однотомное электронное издание.

ISBN 978-5-98238-036-4

© Авторы публикаций, 2012

© СПбГИПСР, 2012

Санкт-Петербург
2012

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Августова Л. И.</i>	
Адекватное отношение к здоровью как фактор обеспечения здоровья и надежности деятельности специалиста.	8
<i>Антоновский А. В., Бысюк А. С.</i>	
Механизмы совладания у инженеров-метрологов как фактор обеспечения психологической безопасности и здоровья	11
<i>Байрамов Г. Г.</i>	
Обусловленность состояния здоровья учащейся молодежи объективными и субъективными условиями	14
<i>Бакурова Е. Н.</i>	
Здоровая личность в аспекте диалога культур.	16
<i>Березовская Р. А.</i>	
Отношение к здоровью как психологический механизм самоуправления здоровой личности	20
<i>Бескова Т. В.</i>	
Психологическое здоровье субъекта зависти.	23
<i>Блаженкова Н. П., Шиверская Е. В.</i>	
Центральные личностные функции у выпускников интернатных учреждений	26
<i>Валеева Г. В., Тюмасева З. И.</i>	
Роль спецкурса «Культура здоровья» как объективного условия развития психологической готовности будущих педагогов к оздоровительной деятельности.	32
<i>Валпаахти К.</i>	
Особенности социального сервиса в Финляндии	35
<i>Варламова В. И.</i>	
Доступность среды как условия интеграции инвалидов в обществе	37
<i>Васильева О. С., Правдина Л. Р.</i>	
Способность к обеспечению безопасности жизнедеятельности как критерий здоровой личности	40

<i>Васильева О. С., Шинкаренко М. В.</i>	
Внутренняя картина здоровья у представителей разных профессий.	43
<i>Волкова Г.А.</i>	
Особенности общения заикающихся подростков	47
<i>Гаврилова Т.А., Попова С. А.</i>	
Стратегии совладания с аутомортальной тревожностью у студентов педагогического вуза	50
<i>Гарифуллина М. М., Граужанина О. К.</i>	
Психологический ресурс здоровья	54
<i>Гефеле О. Ф.</i>	
Посттравматическое стрессовое расстройство как барьер на пути становления и сохранения здоровой личности спасателей МЧС.	56
<i>Гинзбург И. А.</i>	
Культурно-антропологические аспекты концепции здоровой личности	59
<i>Гольцова Л. Н., Игнатова Е. Л.</i>	
Влияние семьи на формирование здоровой личности	63
<i>Губин В. А., Петрук С. А.</i>	
Психологические особенности военнослужащих с разным уровнем личностно-адаптационного потенциала	66
<i>Гусак Н.Е.</i>	
Доступность образования для детей и молодежи с инвалидностью в Украине.	70
<i>Гусейнова А. А.</i>	
Воздействие мугама на психоземotionalное состояние личности	73
<i>Заманова М. А.</i>	
Критерии здоровой личности	76
<i>Ильясова Э. Н.</i>	
Роль развивающей информационной образовательной среды в формировании здоровой личности.	78
<i>Кисличенко К. В.</i>	
Картина мира как инструмент преодоления барьеров на пути становления здоровой личности	80

<i>Ковалева Н. В.</i>	Потенциальные угрозы возникновения профессионального утомления и выгорания преподавателей в процессе реформы вуза	83
<i>Кулганов В. А., Самуйлова Н. Н.</i>	Гендерные особенности управления эмоциями в юношеском возрасте	86
<i>Кулганов В. А., Трубилко М. А.</i>	Особенности становления статуса здоровья современных пятиклассников	89
<i>Курганская В. Д.</i>	Детский труд в контексте проблем трудовой миграции в Казахстане (по материалам прикладного социологического исследования)	92
<i>Маджуга А. Г.</i>	Здоровьесозидающий менеджмент образования: система управления здоровьем субъектов образовательного процесса как ресурсом	95
<i>Меренкова В. С.</i>	Эмоциональное реагирование матери, как прогностический фактор улучшения здоровья ребенка первых двух лет жизни	99
<i>Морозов А. В.</i>	К проблеме соотношения физического и духовного в здоровой личности.	102
<i>Нуркатов Е. М.</i>	Развитие системы медико-социальных сервисов в психиатрической службе Республики Казахстан	106
<i>Нуркатова Л. Т.</i>	Профессиональные компетенции социальных работников в системе медико-социальных сервисов Республики Казахстан	109
<i>Нуркатова М. М.</i>	Институт социальной работы в системе общественного здравоохранения Казахстана: организационно-административные аспекты	113
<i>Орлова М. М.</i>	Объективные и субъективные составляющие ситуаций здоровья и ситуаций болезни	115

<i>Паурель С. В.</i> Методы психологического воздействия на личность для оптимизации психологического состояния на этапах средней и поздней зрелости	118
<i>Пеунова С. М.</i> Критерии здоровой личности	121
<i>Пыжикова Ж. В.</i> Взаимосвязь согласованности ценностных ориентаций и переживания времени здоровой личности	125
<i>Сагайдак С. С.</i> Половозрастные особенности динамики психофизиологических и познавательных характеристик	129
<i>Самойлов Г. Н., Алешичева А. В.</i> Компоненты психического здоровья спортсменов, принимающие участие в механизмах самоуправления здоровой личностью.	132
<i>Светлакова В. П.</i> Отношение молодежи к проблеме суицида (некоторые результаты социологического исследования)	135
<i>Снегова Е. В.</i> Связь ценностных ориентаций с возникновением стартового карьерного кризиса	139
<i>Соколова Г. И.</i> Социальное здоровье семьи в условиях реализации ее воспитательной функции	142
<i>Тойшыбекова М. К., Исхакова Э. В.</i> Арт-терапия в работе с девиантами подростками	145
<i>Утепбергенова З. Д.</i> Психолого-педагогическая помощь школьнику в профессиональном самоопределении	148
<i>Федоренко Е. Ю.</i> Здоровье школьников в контексте целей образования. Проблемы измерения показателей здоровья в образовании	151
<i>Ходырева Н. В., Дудченко З. Ф.</i> Социально-экономический статус и копинг-стратегии студентов с разным уровнем самоуважения, социальной поддержкой, толерантностью к неопределенности.	154

Шерьязданова Х. Т.

Актуальные проблемы обновления содержания предмета
«Самопознание» в высшей школе. 156

Яворовская Л. Н., Хафизова А. С.

Психологическое благополучие как критерий
здоровой личности 159

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ 163

АДЕКВАТНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ КАК ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И НАДЕЖНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТА

Концепция психологии отношений в настоящее время широко используется в различных областях психологических знаний. В частности, в психологии здоровья этому вопросу уделяется должное внимание, поскольку проблема отношений непосредственно связана с обеспечением надежности деятельности профессионалов и сохранения их профессионального здоровья. Отношение к здоровью представляет собой один из важнейших вопросов психологии здоровья, сущность которого состоит в необходимости формирования адекватного отношения человека к своему здоровью, которое выступает как механизм саморегуляции поведения и деятельности человека в сфере здоровья.

Отношение к здоровью представляет собой систему связей личности с различными явлениями окружающей действительности, которые могут угрожать здоровью человека или сохранять его. В этом смысле оно рассматривается как элемент самосохранительного поведения [Березовская Р.А., 2003].

В ряде последних исследований отношение человека к своему здоровью рассматривается на нескольких уровнях: когнитивном, эмоциональном, ценностно-мотивационном и поведенческом, каждый из которых имеет свои специфические особенности. Так, когнитивный компонент характеризует знания человека о своем здоровье, об основных факторах, оказывающих влияние на здоровье, понимание роли здоровья в жизнедеятельности. Эмоциональный компонент отражает особенности переживания и чувства человека, связанные с состоянием его здоровья или его изменением. Ценностно-мотивационный связан с той ролью и местом в системе ценностей человека, которое отводится ценности здоровья. А положительной мотивации здоровья и здорового образа жизни принадлежит центральное место в формировании и сохранении здоровья конкретного человека. Поведенческий компонент отношения к здоровью характеризует особенности поведения человека в окружающей среде, связанные со сферой здоровья.

Результаты эмпирических исследований последних лет показывают, что отношение к здоровью современного человека носит

парадоксальный характер, заключающийся в несоответствии между потребностью в хорошем здоровье и прилагаемыми усилиями в его сохранении и укреплении [Березовская Р.А., 2003].

На процесс формирования отношения к здоровью влияют различные факторы: пол, возраст, индивидуально-психологические особенности, состояние здоровья, культурные, социально-экономические, экологические особенности среды обитания человека. При этом особая роль отводится вопросу отношения к здоровью субъекта профессиональной деятельности. По данным социологических опросов, среди всех сфер жизнедеятельности именно профессиональная оказывает самое сильное влияние на здоровье, главным образом ухудшая его. Вместе с тем, к субъекту профессиональной деятельности предъявляются определенные требования по надежности ее исполнения. Истоки психической ненадежности могут быть связаны с ошибками в протекании тех или иных психических процессов, с нарушениями в саморегуляции психических состояний, с недостаточной выраженностью определенных черт личности. Специалист, обладающий необходимыми профессионально важными качествами и требуемой квалификацией, все равно может оставаться потенциально опасным в смысле профессиональной надежности, если в его физическом или психическом здоровье не все благополучно. Особенно актуальной становится данная проблема при осуществлении деятельности, связанной с повышенным риском, ответственностью, безопасностью.

На надежность работы человека, приступившего к регулярной профессиональной деятельности после необходимой подготовки и первичной адаптации, оказывают влияние различные факторы. К числу наиболее значимых среди них можно отнести поддержание мотивации к выполняемой деятельности, переживаемые в процессе труда функциональные состояния, психогигиенические факторы, определенные черты характера. Особое место в ряду этих факторов может занять адекватное отношение специалиста к своему здоровью, поскольку именно это, в конечном итоге, позволит обеспечить требуемую надежность и безопасность деятельности, сохраняя здоровье.

В дипломной работе студентки факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета С.С. Фальковой (научный руководитель — Августова Л.И.), выполненной в 2011 году, изучались особенности отношения к здоровью бортпроводников гражданской авиации (ГА). Данная профессиональная выборка нечасто становится объектом исследования психологов, хотя этот род

деятельности связан с повышенным риском в плане сохранения здоровья. В работе было проведено комплексное исследование отношения к здоровью бортпроводников, общая численность выборки которых составила более 100 человек. Для решения поставленных в работе задач были использованы следующие методики: тест «Индивидуальная концепция здоровья» Д. Сириес, В. Гавидия 1998 г.; тест «Здоровое поведение»; тест «Локус контроля здоровья» [Гринберг Дж., 2002]; методика «Индекс отношения к здоровью и здоровому образу жизни» [Дерябо С.Д., 1999]; методика «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах» [Фанталова Е.Б., 2001]; анкета для выявления субъективных критериев здоровья [Никифоров Г.С., Августова Л.И., 2009]. Таким образом, составленный банк методик позволил изучить особенности отношения к здоровью бортпроводников на всех рассматриваемых уровнях, то есть на когнитивном, эмоциональном, ценностно-мотивационном и поведенческом.

По анализу результатов эмпирического исследования можно сделать следующие выводы. По когнитивному компоненту более 70% респондентов рассматривают здоровье как развиваемый многогранный ресурс, однако только 8% проявляют интерес к информации по теме здоровья. Относительно субъективных критериев здоровья можно констатировать, что бортпроводники отдают предпочтение, прежде всего, критериям физического здоровья (здоровый образ жизни, привлекательный внешний вид, физическое здоровье) по сравнению с психическим и социальным уровнями. Этот факт совпадает с результатами аналогичных исследований, проведенных на выборках студентов, школьников, взрослых людей.

Эмоциональный компонент отношения к здоровью показал, что около 50% бортпроводников достаточно эмоционально реагируют на состояние своего здоровья (высокий уровень), более 50% имеют средние значения по данному показателю. По ценностно-мотивационному компоненту можно заключить, что ценность здоровья на всех уровнях (физическом, психическом и социальном) занимает высокие позиции. Особенности поведения респондентов по сохранению здоровья (поведенческий компонент) различны, но, в основном, далеки от желаемого результата. Так, не уделяется достаточного внимания вопросам рационального питания, регулярно занимаются физическими упражнениями только 3% опрошенных, а 11% вообще не следят за своей физической формой. Однако 80% бортпроводников успешно

справляются со стрессовыми ситуациями, умеют их предотвращать; 95 % ответственно относятся к вопросам соблюдения техники безопасности. С точки зрения надежности деятельности этот факт безусловно положительный, но ситуация может измениться, поскольку соблюдение правил здорового образа жизни не является нормой для большинства респондентов. Таким образом, только ответственное и адекватное отношение к своему здоровью на всех уровнях может обеспечить как сохранение здоровья, так и требуемую надежность деятельности.

Антоновский А. В., Бысюк А. С.

МЕХАНИЗМЫ СОВЛАДАНИЯ У ИНЖЕНЕРОВ-МЕТРОЛОГОВ КАК ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

Современные социально-экономические условия и рыночные механизмы функционирования общества приводят к тому, что в последнее время все более остро встает вопрос об эффективности осуществления профессиональной деятельности субъектами труда. При этом для работодателя «эффективность» сотрудника — это прямая материальная выгода, прибыль от реализации потенциала сотрудников, т.е. возможность конкурировать на рынке. Соответственно, сотрудник, оказавшись вовлеченным в такого рода производственные отношения (где личность профессионала и его психологическое состояние уходит на второй план в гонке за финансовой прибылью), рано или поздно начинает испытывать чувство беспокойства, тревогу, внутреннее напряжение, что, в свою очередь, требует от него включения адаптационных механизмов, позволяющих справляться с ситуацией, угрожающей его безопасности в рамках данной социальной среды организации. Таким образом, встает вопрос о сохранении личности профессионала и обеспечения его психологической безопасности как залого профессионального здоровья и успешности профессиональной деятельности.

Не вызывает сомнения тот факт, что психологическая безопасность сотрудников зависит от индивидуальных характеристик личности, ее потребностей — с одной стороны, и условий деятельности, особенностей организационной среды, а точнее, от психологической системы ощущений работником чего-то, что ему нужно, для того,

чтобы чувствовать свою защищенность — с другой. В этом смысле под психологически безопасной средой будем понимать такое ее состояние, когда в ней отсутствуют проявления психологического насилия во взаимодействии и она способствует удовлетворению потребности в личностно-доверительном общении, создает референтную значимость и обеспечивает оптимальный уровень психического здоровья включенных в нее участников [Баева И.А., 2008]. Психологическая безопасность личности будет проявляться в ее способности сохранять устойчивость к психотравмирующим воздействиям и сопротивляемости деструктивным внутренним и внешним воздействиям. Психологический анализ показывает, что человек, лишенный психологической защищенности, не обладает внутренним ресурсом сопротивляемости к негативным воздействиям и может быть «выведен из строя» или полностью потерять способность к эффективному функционированию. Таким образом, в ситуациях профессионального стресса, а также при наличии неразрешенных противоречий между потребностями личности и условиями трудовой деятельности (профессиональные, коммуникативные, организационные, материальные и иные противоречия) человек в состоянии внутреннего эмоционального напряжения вынужден «включать» адаптационные ресурсы организма в виде той или иной стратегии совладающего поведения [Львов В.М., Шлыкова Н.Л., 2007]. Соответственно, можно утверждать, что психологическая безопасность и копинг-стратегии являются взаимодейстерируемыми, т.к. адекватно выбранная копинг-стратегия повышает уровень психологической безопасности и предотвращает процесс дезадаптации личности в профессиональной среде [Илларионов С.Н., 2005]. В свою очередь, восприятие среды как безопасной позволит специалисту эффективно и успешно функционировать в профессии.

Несмотря на то, что проблема психологической безопасности становится все более актуальной и ведутся практические исследования в данном направлении, пока недостаточно представлена в научных публикациях и практических исследованиях по психологической безопасности такая узкоспециализированная профессиональная группа, как инженеры-метрологи. В этой связи изучение данного вопроса представляется весьма своевременным.

В данном исследовании приняло участие 159 человек, из которых 71% женщины. Возрастной диапазон опрошенных — от 25 до 65 лет, все с высшим техническим образованием.

Для проведения исследования были использованы методики «Когнитивно-поведенческие стратегии» [Филиппченкова С.И., 2002] и «Психологическая диагностика безопасности социальной среды организации» И. А. Баевой в адаптации А.Г. Макеевой [Макеева А.Г., 2009]. Математическая обработка эмпирических данных производилась с помощью программы «SPSS 19.0».

Предварительно испытуемые были разделены на две группы — «успешные» и «менее успешные» метрологи. Основанием для такого деления стали результаты экспертной оценки (непосредственные руководители, независимые эксперты), результативность деятельности (объем выполненных работ), а также метод наблюдения, беседа.

Анализ данных по методике «Психологическая диагностика безопасности социальной среды организации» показал следующее: 72,9% (116 чел.) имеет положительное отношение к социальной среде организации, 22,6% (36 чел.) — нейтральное отношение.

Высокий и очень высокий уровень психологической безопасности в рамках организации отмечают 37,7% и 32,7% опрошенных инженеров-метрологов соответственно. В большей степени чувствуют себя более безопасно и защищены от публичного оскорбления, угроз, принуждения что-либо делать против желания, игнорирования, недоброжелательного отношения со стороны коллег 38%. Скорее незащищенными или полностью незащищенными от перечисленных факторов со стороны руководителей чувствует себя 9,4%.

Обнаружены достоверные различия между «успешными» и «неуспешными» инженерами-метрологами по следующим показателям психологической безопасности социальной среды организации: «защищенность от оскорблений со стороны коллег» ($U = 178,5$, $p \leq 0,05$) — признак сильнее выражен в группе «успешных» инженеров-метрологов; «защищенность от игнорирования со стороны руководства» ($U = 76,5$, $p \leq 0,01$) — у «неуспешных» метрологов средний ранг выше, а следовательно, и признак выражен сильнее. Проведенный корреляционный анализ по К. Спирмену показал, что в группе «успешных» инженеров-метрологов при высоком уровне защищенности от разных форм психологического насилия со стороны коллег и руководства редко используются приспособительные («антиципирующее совладание» ($r = -0,58$, $p \leq 0,01$), «придание нетривиального смысла ситуации» ($r = -0,52$, $p \leq 0,01$), «идентификация со счастливымчиком» ($r = -0,50$, $p \leq 0,01$)) и неконструктивные стратегии совладания — «стратегия отрицания» ($r = -0,58$, $p \leq 0,01$).

Можно с большой долей вероятности утверждать, что в ситуациях профессионального стресса для «успешных» инженеров-метрологов с целью снижения эмоционального напряжения и поддержания профессионального здоровья на оптимальном уровне характерно использование широкого спектра стратегий совладания, за счет чего возможна стабильная и эффективная профессиональная деятельность. Детальный анализ корреляционных плеяд в группе «неуспешных» показал, что, несмотря на использование широкого спектра стратегий совладания (6) и достаточно большое количество взаимосвязей (21), можно отметить наличие лишь 3-х преобладающих стратегий, две из которых выполняют функцию адаптации и способствуют поддержанию профессионального здоровья — «когнитивная репетиция» и «фиксированная на эмоциях стратегия». Еще одна предпочитаемая и часто используемая стратегия — «уход или бегство из ситуации». Выполняя функцию адаптации к профессиональной среде, данная стратегия отрицательно сказывается на состоянии профессионального здоровья (не обеспечивает защищенность при взаимодействии с коллегами и руководством). Учет выявленных связей позволит в дальнейшем разработать теоретические курсы, повышающие психологическую грамотность инженеров-метрологов, а также тренинговые программы психопрофилактической направленности, способствующие поддержанию профессионального здоровья специалистов.

Байрамов Г.Г.

ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ ОБЪЕКТИВНЫМИ И СУБЪЕКТИВНЫМИ УСЛОВИЯМИ

Независимо от общественно-экономической формации здоровье подрастающих поколений всегда находилось в центре внимания азербайджанского народа. На современном суверенном этапе развития Азербайджанской республики состояние здоровья, физическое развитие растущей молодежи приобретает особую общественно-политическую и психолого-педагогическую значимость. Здоровье подрастающего поколения — это общественное и национальное достояние.

Оно носит не только объективный, но и субъективный характер. Иначе говоря, многое зависит не только от экономического развития общества, созданных и имеющихся условий, благосостояния, потребительской корзины семьи (хотя это в действительности имеет немаловажное значение), но также от культурного уровня, мировоззрения, образа жизни семьи и самой личности независимо от возраста и пола. Ведь в первую очередь сама личность, выступая активным субъектом самосовершенствования, должна заботиться о своем физическом и духовном развитии, «заниматься физической культурой 24 часа в сутки» (Семашко).

Опрос, проведенный нами среди студентов I-IV курсов Азербайджанского государственного педагогического университета, показал, что 21,5% студентов в свободное время занимается чтением 1 час, 1,5% — 2 ч., 1% — 3 ч.; 30,5% смотрят телепередачи 1 час, 6% — 2 ч., 3,5% — 3 ч.; 3% занимается гимнастикой 1 час, 6% занимается спортом 1 час. 18% опрошенных студентов один час своего свободного времени тратят компьютерным играм, 0,5% — 4 ч., 0,5% — 5 ч.; 42,5% слушают музыку 1 час, 1,5% — 2 ч., 6,5% — 3 и более часов. Таким образом, нами было установлено, что большинство опрошенных (225 студентов) в свободное от занятий время занимается пассивными видами деятельности, что, естественно, отрицательно влияет на состояние их здоровья и, следовательно, на учебную успеваемость. С другой стороны, исследованиями установлено, что у учащейся молодежи, активно занимающей физической культурой и спортом, ведущей здоровый образ жизни, процент успеваемости сравнительно выше.

Учитывая вышеизложенное, в суверенной Азербайджанской республике, начиная с 2003-2004 учебного года в качестве самостоятельного предмета валеология была включена в учебную программу курсов повышения квалификации Азербайджанского института учителей. А с 2009-2010 учебного года она в качестве выборочной дисциплины преподается на отделении «Организация и управление образованием» (специальность: «менеджмент образования») на факультете географии Азербайджанского государственного педагогического института (лекция — 30 ч., семинарские занятия — 15 ч.). В программу курса включены следующие темы: 1. Становление и развитие валеологии как науки. 2. Общая валеология и ее отрасли. 3. Предмет и объект педагогической валеологии. 4. Основы педагогической валеологии. 5. Здоровый образ жизни и его компоненты. 6. Образ жизни

и здоровье человека. 7. Значение двигательной активности в жизни человека. 8. Рациональное питание и здоровье. 9. Психологические аспекты здоровья. 10. Валеологические аспекты организации обучения. 11. Валеологические требования, предъявляемые к содержанию образования (учебным планам, учебным программам и учебникам). 12. Дидактогения и психогения, факторы, способствующие их возникновению. 13. Организация валеологической службы в образовательных учреждениях. 14. Рациональная организация жизнедеятельности. 15. Валеологическое воспитание детей в семье.

Проблемы общей и педагогической валеологии в последние 5–10 лет привлекли внимание и ученых Азербайджана. На страницах периодической педагогической печати все больше и больше публикуются статьи, посвященные различным проблемам валеологии. Проблемы общей и педагогической валеологии стали объектами магистерских и докторских диссертаций.

Бакурова Е. Н.

ЗДОРОВАЯ ЛИЧНОСТЬ В АСПЕКТЕ ДИАЛОГА КУЛЬТУР

Личность как социальный феномен является продуктом историко-культурного развития общества, а также носителем социальных свойств человека. Следовательно, любая личность представляет собой своеобразный сплав психологического и социального, что находит проявление в ее связях с социальным окружением. Особенности конкретного исторического периода, принадлежность личности к тому или иному социальному классу, а также организации или группе накладывает отпечаток на черты личности, формируя определенные образцы ее поведения. Кроме того, любая личность подвержена воздействиям со стороны социальной среды, к которой принадлежит личность, и со стороны ее ближайшего социального окружения — всех тех людей, с которыми непосредственно общается личность в ситуациях повседневной жизни.

Очевидным является существование психологических различий между личностями в различных культурах и различий в культурной норме. Человеческие сообщества значительно различаются в отношении культурных ценностей, в своих концепциях добра,

истины, красоты, и понимание культуры, отличной от своей собственной, требует рассмотрения ее с точки зрения носителя данной культуры. В связи с этим представляется актуальным рассмотрение концепции здоровой личности в аспекте культуры, выявление различий и сходств между личностями, представляющими разные народы, что является необходимым для формирования в сознании людей понимания адекватного восприятию других культур и их представителей, поскольку это востребовано обществом на современном этапе.

Среди признаков здоровой личности Шарлотте Бюлер (Charlotte Bühler) называет адекватное восприятие самого себя и реальности. Адекватное восприятие самого себя проявляется в том, что человек может оценивать себя реально. Он критически относится к самому себе, не теряя, однако, самоуважения. Адекватное восприятие реальности обозначает, что он не пытается оказывать влияние на окружающую среду своими желаниями и опасениями [Бюлер Ш., 1968].

Поскольку современная культура начинает переходить к новому типу бытия человека в культуре, в рамках глобализации возрастает необходимость в международном диалоге культур. В связи с этим в настоящее время обществом востребована личность, адекватно воспринимающая себя как носителя родной культуры и, при необходимости, — её транслятора, а также адекватно воспринимающая культуру других народов, не пытаясь оказать на неё влияние под воздействием своей родной культуры, а, наоборот, стараясь понять и принять чужую культуру и её носителей. Обмен духовными ценностями, знакомство с достижениями культуры других народов обогащает личность и способствует формированию здоровой личности.

По Э. Фрейдю, критерием здоровой личности является умение поддерживать удовлетворительные межличностные отношения. На современном этапе является необходимым умение поддерживать межличностные отношения с представителями других культур, то есть в диалоге культур, поскольку взаимодействие культур, их диалог — наиболее благоприятная основа для развития межэтнических, межнациональных отношений. Диалог культур — это общение многих уникально-всеобщих личностей, доминантой которого является взаимопонимание. На уровне межличностного общения происходит взаимодействие культур. Межличностное общение, расширяя источники социальной и культурной информации, тем самым может выступить важным фактором в преодолении

стереотипизированного мышления и этим способствует формированию здоровой личности.

В глубинной идее диалога культур формируется новая культура общения. Диалогичность предполагает сопоставление национальных ценностей и выработку понимания того, что собственное этнокультурное сосуществование невозможно без уважительного и бережного отношения к ценностям других народов. В настоящее время получает преобладание плюрализм культур, признание реального многообразия культурно-исторических систем и диалогических принципов их взаимодействия. Данные характеристики должны быть присущи современной здоровой личности. Необходимо стремление понять иное, производить обмен с другими культурами и дистанционно относиться к самой себе.

В связи с тем, что культурные ценности и стереотипы оказывают влияние на здоровье и душевное благополучие представителей конкретных культур, требуется толерантное отношение к ним со стороны представителей других культур, что также характеризует современную здоровую личность.

На высоком уровне взаимообогащения национальных культур происходит творчество нового на основе собственно национального и познания инационального. В таких случаях инациональные ценности входят в национальное самосознание, обогащают духовный мир личности, что способствует формированию здоровой личности.

Чужая культура усваивается только в процессе какой-либо деятельности — практической, учебной или иной. Процесс усвоения ценностей культуры не возможен без чувственного познания. Представляется, что здоровая личность способна достичь высшего культурного развития тогда, когда в ней самой происходит большая духовная работа. Но прийти к этому она может лишь благодаря общению. Познание духовной культуры другой нации предполагает эмоционально-интеллектуальную активность личности, систематичности накопления знаний о содержании инациональных культурных ценностей.

В процессе восприятия и усвоения ценностей национальных культур важное значение имеет стереотип, который формируется под влиянием общественного мнения, средств массовой информации и т.д. Истинные стереотипы формируются с участием логического мышления и отражают объективное содержание действительности.

Следовательно, здоровая личность должна обладать достаточно развитым логическим мышлением.

Современная здоровая личность должна вступать в диалог не только с другим человеком, но и с самой собой как с «другим», обращая своё сознание не только на себя, но и к себе. Сопоставляя своё сознание с сознанием «другого» в диалоге, личность познает себя как «другого» и «другого» как себя, что и обуславливает саморазвитие сознания здоровой личности. Лучшим средством для понимания иной культуры считается изучение языка. Следовательно, здоровая личность сегодня должна владеть иностранными языками.

Для взаимопонимания и ведения диалога культур необходима кросс-культурная грамотность (понимание культур других народов), которая включает в себя «осознание различий в идеях, обычаях, культурных традициях, присущих разным народам, способность увидеть общее и различное между разнообразными культурами и взглянуть на культуру собственного сообщества глазами других народов» [Лапшин А.Г., 1999]. Но чтобы понимать язык чужой культуры, личность должна быть открыта к культуре отечественной. Участвуя в диалоге культур, надо знать не только свою культуру, но и сопредельные культуры и традиции, верования и обычаи.

Таким образом, понимание здоровья личности в современном обществе детерминировано специфическими социальными условиями, культурным контекстом, своеобразием национального образа жизни и образа мира. Здоровье человека во многом зависит от качества его взаимоотношений с окружающей средой. Представляется, что характеристики здоровой личности должны репрезентировать и традиционные для определённой культуры, устоявшиеся способы описания субъекта, и социально-сконструированные механизмы регуляции его поведения. Для поддержания межличностных отношений с представителями других культур в настоящее время необходимо знать, понимать и принимать данные характеристики, поскольку современная здоровая личность формируется в ходе диалога людей и культур. Чтобы вступить в достойный диалог с представителями других культур, необходимо знать и понимать эти культуры. Вне взаимодействия с другими культурами не может полноценно существовать национальная культура, и, следовательно, личность в данной культуре, поскольку взаимодействие ведёт к развитию.

ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ САМОУПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ

Современное состояние наук о здоровье в России характеризуется постепенным изменением вектора интереса исследователей от анализа различных атрибутов болезни к изучению здоровья и факторов его формирования, среди которых особое место занимают вопросы индивидуальной ответственности человека за состояние своего здоровья. Актуальным для развития психологии здоровья является разработка личностного подхода к проблемам психологического обеспечения здоровья здорового человека на всем протяжении его жизненного пути. Не претендуя на окончательное решение вопроса и, оставляя за каждым специалистом право выбора его собственной теоретико-методологической позиции, хотелось бы остановиться на возможностях использования концепции «психологии отношений» (В.М. Бехтерев, А.Ф. Лазурский, В.Н. Мясищев, Б.Г. Ананьев, Б.Ф. Ломов). Отношение выступает как внутренний механизм саморегуляции деятельности и поведения человека в сфере здоровья. В.Н. Мясищев доказательно утверждал, что психические отношения являются внутренней стороной «...связи человека с действительностью, содержательно характеризующей личность как активного субъекта с его избирательным характером внутренних переживаний и внешних действий, направленных на различные стороны объективной действительности» [Мясищев В.Н., 1995]. Следовательно, оно может быть рассмотрено как одна из основных «мишеней», на которую должно быть направлено психокоррекционное воздействие специалиста, работающего в области психологии здоровья.

Результаты многочисленных исследований показывают, что если сравнить знания респондентов о здоровом образе жизни и особенности реализации этих принципов на практике, то следует отметить, что в большинстве случаев модель самосохранительного поведения, сформированная на когнитивном уровне, существует в латентной форме или в форме «отложенной реализации» [Белинская Т.В., 2005; Березовская Р.А., 2011; Журавлева И.В., 2006; Кабаева В.М., 2002; и др.]. Попробуем разобраться в том, почему так происходит: учитывая ограниченный объем тезисов, остановимся на одном из важных моментов и рассмотрим вопрос ценностного регулирования связанного со здоровьем поведения.

Здоровье трактуется как ценность, которая может диктовать цели, намерения и действия, как отдельных людей, так и целых социальных институтов, в рамках т.н. аксиологической парадигмы. Основы аксиологического подхода к изучению проблем здоровья человека представлены в рамках философии здоровья [Ковалевская А.Ф., 2007; Хруцкий К.С., 2000]: рассматриваются вопросы исследования здоровья как социальной и индивидуальной ценности; развитие ценностного сознания как основного фактора культуры здоровья; формирование ценностного отношения к здоровью человека. С психологической точки зрения ценностное отношение к здоровью представляет собой внутренний механизм регуляции поведения, основанный на высокой субъективной значимости здоровья и его осознании в качестве предпосылки реализации своих жизненных задач, а также сопровождается активно-позитивным стремлением к его сохранению и укреплению.

В большинстве работ изучение ценностно-мотивационного компонента отношения предполагает, прежде всего, анализ места здоровья в индивидуальной системе ценностей респондентов. Результаты исследований позволяют утверждать следующее: «здоровье» как ценность входит в тройку наиболее важных ценностей для современного человека наряду с семьей и работой; в качестве инструментальной ценности «здоровье» обычно занимает более высокое место в системе личностных ценностей (люди, воспринимающие свое здоровье как средство удовлетворения своих потребностей чаще всего характеризуются ориентацией на безразлично-потребительское отношение).

Иными словами, в структуре отношения наблюдается еще один «разрыв» — между субъективной ценностью здоровья и практической реализацией этих ценностей на поведенческом уровне. В качестве предположения о том, почему так происходит, мы выдвинули гипотезу, что описанные ценностные ориентации в отношении здоровья, скорее всего, носят декларативный характер и обусловлены действием эффекта «социальной желательности» (т.е. смещением ответа респондента в направление социальной желательности). Для проверки гипотезы сравним данные самоотчетов с результатами, полученными с помощью модифицированного Р.А. Березовской и Л.И. Августовой варианта проективной методики «Цветовые метафоры» [Соломин И.Л., 2006], которые позволяют судить о том, является ли понятие «мое здоровье» базовой потребностью личности, а также оценить степень ее удовлетворенности.

Установлено, что здоровье является базовой потребностью только для половины респондентов; а для 43 % опрошенных потребность в «здоровье» является фрустрированной. Потребность в здоровье удовлетворена в настоящем времени только у 20 % респондентов, в прошлом — у 9%, а 17% опрошенных рассчитывает на возможность ее удовлетворения в будущем. При этом следует отметить, что осознания субъектом своих потребностей в соотношении с возможностями их удовлетворения лежит в основе формирования системы ценностей. Если потребность в сохранении здоровья и здорового образа жизни у большинства наших респондентов не актуализирована, следовательно, и ценностное отношение будет осознаваться ими лишь в «проблемных» ситуациях, когда происходит рассогласование круга потребностей, интересов личности с реальными возможностями их удовлетворения. Другими словами, чем «проблематичнее» возможность удовлетворения потребности (т.е. чем хуже состояние здоровье), тем большей ценностью обладает здоровье для субъекта.

В ходе развития личности ценности претерпевают определённую эволюцию, изменяясь не только по содержанию, но и по своему мотивационному статусу, по месту и роли в структуре жизнедеятельности человека. И если на первых порах ценности существуют только в виде эмоциональных последствий, то после определённых этапов они становятся смыслообразующими мотивами и реально действующими (т.е. если в сохранении и укреплении здоровья для человека нет личного смысла, то мотивы остаются на уровне «знаемых»).

Изучение проблемы отношения к здоровью показало, что обязательным фактором развития здоровой личности является формирование особого отношения к здоровью, которое выражается в осознании его личностной и общественной ценности, а так же в осознанном и позитивно-эмоциональном стремлении действовать по его укреплению и совершенствованию. Такой тип отношения называется гармоничным и предполагает оптимальное соотношение активности и эмоциональности.

В заключение отметим, что отношение человека к своему здоровью формирует психологическое «ядро» здоровой личности, а практическая значимость его изучения состоит в возможности использования полученных данных для разработки и реализации дифференцированного подхода к психологическому консультированию по вопросам сохранения и укрепления здоровья, а также для создания индивидуально-ориентированных оздоровительных программ.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СУБЪЕКТА ЗАВИСТИ

Обсуждение физического, психического и психологического здоровья субъекта зависти имеет весьма давнюю историю. Еще Р. Декарт отмечал, что у завистников «обыкновенно бывает свинцовый цвет лица, т.е. бледный, смесь желтого с черным, точно при ушибе, почему зависть по-латыни называется *livor*. Это вполне соответствует движению крови при печали и ненависти. При ненависти желтая желчь, выходящая из внутренней части печени, и черная желчь, идущая из селезенки, распространяются из сердца через артерии во все вены; по этой причине венозная кровь холоднее и течет медленнее, чем обыкновенно, а этого достаточно, чтобы вызвать синеватый цвет» [Декарт Р., 1989]. Мысль Декарта продолжает современный немецкий психоаналитик и психотерапевт П. Куттер: «Человек «бледнеет от зависти», поскольку сжимаются кровеносные сосуды, и повышается кровяное давление; человек «желтеет от зависти», поскольку кровь насыщается желчью» [Куттер П., 2004]. Отметим, что и в русском языке существуют устойчивые словосочетания, отражающие изменение цвета лица завистливого человека и расширяющие ее цветовую палитру («Побледнел (позеленел, почернел) от зависти»). Однако выводы такого рода не имеют в своей основе никаких эмпирических подтверждений, являясь в большей степени показателем веры, нежели истинности. Внешние проявления зависти можно обнаружить и в художественных произведениях. Так, Н.В. Гоголь в рассказе «Портрет» пишет: «Им овладела ужасная зависть, зависть до бешенства. Желчь проступала у него на лице, когда он видел произведения, носившие печать таланта. Он скрежетал зубами и пожирал его взором василиска» [Гоголь Н.В., 1984]. Ю.К. Олеша устами своего героя Николая Кавалерова говорит: «Как тяжело завидовать! Зависть сдавливает горло спазмом, выдавливает глаза из орбит» [Олеша Ю.К., 2008].

Проведенный А.В. Котеневой [Котенева А.В., 2010] анализ трудов отечественных и зарубежных психологов показывает, что ведущим критерием психологического здоровья личности в гуманистической психологии выступает самореализация человека. Этот же критерий становится определяющим и для отечественной психологии в обосновании новой отрасли знания — психологии здоровья.

Р.М. Шамионов, обращаясь к проблеме зависти в социальной жизни субъекта, говорит о том, что зависть связана с разрушением не только чужой жизни, но и своей, т.к. завидующий сам в немалой степени испытывает деструкции на уровне своей личности, что не позволяет ему добиваться реального успеха и становится преградой в самореализации» [Шамионов Р.М., 2010].

Целью настоящего исследования является выявление личностных характеристик субъекта зависти, которые могут свидетельствовать об особенностях его психологического здоровья.

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе в исследовании принимали участие 240 респондентов от 15 до 74 лет (55% мужчин, 45% женщин). Диагностика проводилась с помощью опросника Р.Б. Кеттелла (16 PF — опросник) и методики исследования завистливости личности (МИЗЛ), состоящей из двух шкал: «зависти-неприязни» и «зависти-унынии», главное назначение которых выявление доминирующих состояний, эмоций и способов поведения субъекта зависти [Бескова Т.В., 2011].

Анализ корреляций шкал методики МИЗЛ с личностными характеристиками, позволяет констатировать наличие значимых взаимосвязей (5 корреляций с «завистью-неприязню» и 1 — с «завистью-унынием»). Субъекту «зависти-неприязни» свойственны следующие личностные характеристики: а) эмоциональная неустойчивость ($r=0,146^*$), определяющая низкий уровень его толерантности по отношению к фрустрации, раздражительность, смену настроения, невротические симптомы; б) подверженность чувствам ($r=0,147^*$), выражающаяся в непостоянстве, зависимости от обстоятельств, беспринципности и гибких установках по отношению к социальным нормам, которые вполне могут приводить к антисоциальному поведению; в) жестокость ($r=0,183^{**}$), которая проявляется в первую очередь в низко развитой способности к эмпатии, черствости по отношению к окружающим, некоторой жесткости, практичности; г) консерватизм ($r=0,138^*$), проявляющийся в отказе воспринимать новые идеи и способы действия (человек с консервативными взглядами менять в своей жизни ничего не хочет в силу закоренелости мышления, но, тем не менее, хочет иметь то, что имеют другие); д) низкий самоконтроль ($r=0,184^*$), характеризующий низкий уровень внутреннего контроля поведения и выражающийся во внутренней конфликтности представлений о себе, не выполнении социальных требований, отсутствии

целенаправленности и интегрированности личности, неумении контролировать свои эмоции и поведение, а также доводить дело до конца. Субъекта «зависти-уныния» отличает высокий уровень напряженности ($r=0,142^*$), фрустрированности, являющейся результатом повышенной мотивации, взвинченности, наличие возбуждения и беспокойства.

На втором этапе исследования принимали участие 65 человек (32,3% мужчин, 67,7% женщин). Возрастной интервал испытуемых — от 17 до 64 лет. В качестве методического инструментария были использованы: а) Многофакторный личностный опросник FPI (И. Фаренберг, Х. Зарг, Р. Гампел); б) Шкала диспозиционной завистливости [Муздыбаев К., 2002]; в) Опросник «Проявление зависти и ее самооценка» [Бескова Т.В., 2011].

Анализ коэффициентов корреляций позволил выявить, что диспозиционная завистливость коррелирует с: а) невротичностью ($r=0,451^{***}$), сопровождающейся психосоматическими нарушениями; б) депрессивностью ($r=0,435^{***}$), признаки которой проявляются в эмоциональном состоянии, в поведении, в отношениях к себе и к социальной среде; в) раздражительностью ($r=0,506^{***}$), свидетельствующей о неустойчивом эмоциональном состоянии со склонностью к аффективному реагированию; г) застенчивостью ($r=0,250^*$), отражающей наличие тревожности, скованности, неуверенности, следствием чего являются трудности в социальных контактах; д) открытостью ($r=0,302^*$) (чем более человек самокритичен, тем вероятнее, что он находит в себе единичные или множественные признаки зависти; и, напротив, при низком уровне самокритичности человек вряд ли признается в наличии у себя столь осуждаемой обществом зависти); е) эмоциональной лабильностью ($r=0,437^{***}$), указывающей на неустойчивость эмоционального состояния, проявляющейся в частых колебаниях настроения, повышенной возбудимости, раздражительности, недостаточной саморегуляции.

Далее нами анализировались предметные сферы зависти, имеющие наибольшее число взаимосвязей с личностными характеристиками человека (табл. 1).

Таким образом, наибольшие изменения на личностные характеристики оказывает зависть к материальным благам, внешней красоте, семейному благополучию и карьерным успехам.

Таблица 1

Предметные сферы зависти, имеющие наибольшее количество взаимосвязей с личностными характеристиками

Предметные сферы зависти	Кол-во взаимосвязей	Личностные характеристики
Материальный достаток	6	невротичность, депрессивность, раздражительность, необщительность, самокритичность, эмоциональная лабильность
Внешняя привлекательность	5	депрессивность, раздражительность, застенчивость, самокритичность, эмоциональная лабильность
Семейное благополучие	5	невротичность, депрессивность, необщительность, самокритичность, эмоциональная лабильность
Карьерный рост	4	спонтанная агрессия, депрессивность, самокритичность, эмоциональная лабильность
Дорогие или модные вещи	4	невротичность, раздражительность, застенчивость, самокритичность

Исходя из полученных результатов, представляется возможным констатировать, что широкий спектр негативных эмоций, сопровождающих зависть и проявляющихся в неприязненном отношении к превосходящему Другому, кроме всего прочего, порождает весьма существенные деструктивные изменения на уровне самого субъекта, разрушая при этом его личность.

Благенкова Н. П., Шиверская Е. В.

ЦЕНТРАЛЬНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ ФУНКЦИИ У ВЫПУСКНИКОВ ИНТЕРНАТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Согласно гуманструктуральной модели личности по Гюнтеру Аммону развитие и функционирование личности является результатом взаимодействия индивида и окружающей среды, важнейшим средовым фактором при этом выступают межличностные отношения, которые представляют собой психодинамическую почву, в которую вписывается индивид в процессе социализации. Для понимания

внутренней динамики обменных процессов, осуществляющихся между индивидом и первичной группой, в которой формируется человек, Г. Аммон ввел понятие «социальная энергия». Обменные энергетические процессы между группой и индивидом могут быть позитивными, способствующими развитию Я-идентичности, и негативными, препятствующими формированию «здоровой» личности. Важнейшим структурным образованием, обеспечивающим характер такого взаимодействия являются центральные Я-функции.

Уровень сформированности Я-функций определяет особенности взаимодействия в последующих межличностных отношениях. С одной стороны, при нормальном развитии функций «Я» такие отношения могут позитивно расширять возможности личности, способствовать ее интеграции (развитию Я-идентичности), обеспечивать оптимальную адаптацию к среде, другими словами, иметь конструктивный характер. С другой стороны, сформированные особым образом функции «Я» могут деформировать личностную структуру, дезинтегрировать процесс становления Я-идентичности, вести к дезадаптации, т.е. действовать деструктивно, или же препятствовать становлению личности, необходимой дифференциации психических функций, снижать интенсивность динамических межличностных взаимодействий — тем самым порождать функциональный дефицит. Решающим является характер взаимодействия как в первичной группе (родительской семье), так и в группно-динамическом жизненном поле.

Целью исследования, приведенного в данной статье, стало выявление уровня сформированности центральных личностных функций у молодых людей, воспитывающихся в условиях SOS-детской деревни. Мы исходили из предположения, что центральные личностные функции у молодых людей, воспитывающихся в условиях SOS-детской деревни, деформированы.

В ходе исследования применялся Я-структурный тест Г.Аммона. Данный тест был разработан немецкой школой психоанализа и психиатрии, адаптирован ведущими учеными Санкт-Петербургского психоневрологического научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева. С помощью отдельных значений шкал гуманных функций агрессии, страха, внешнего и внутреннего Я-отмежевания (отграничения), а также нарциссизма в конструктивном, деструктивном, дефицитарном выражениях он пытается определить качество и структуру гуманных функций в неосознаваемой области личности.

Всего обследовано 24 человека, среди них 12 девушек и 12 юношей. Все они являются выпускниками SOS-детской деревни, в настоящее время проживающими в молодежных домах. Контрольную группу составили молодые люди из числа учащейся молодежи. Количество контрольной группы 30 человек, 15 юношей и 15 девушек. Возраст испытуемых 18-23 года.

Статистическая обработка результатов исследования включала установление достоверности различий между показателями по U-критерию Манна-Уитни.

В приведенной ниже таблице 1 содержатся данные проведенного обследования.

Таблица 1

Результаты исследования центральных личностных функций

Названия шкал		Средний ранг экспериментальная	Средний ранг контрольная	Статистика U Манна-Уитни	Асимпт. знч. (двухсторонняя)
Агрессия	Конструктивная	22,8	22,1	230,5	0,866
	Деструктивная	25,2	19,0	170,5	0,108
	Дефицитарная	27,5	15,9	112	0,003
Тревога	Конструктивная	24,7	19,6	183	0,189
	Деструктивная	26,8	16,8	129,5	0,010
	Дефицитарная	28,0	15,3	100,5	0,001
Я-ограничение внешнее	Конструктивное	20,6	24,9	191	0,263
	Деструктивное	25,1	19,1	172	0,118
	Дефицитарное	25,1	19,0	171,5	0,115
Я-ограничение внутреннее	Конструктивное	20,3	25,4	182	0,184
	Деструктивное	25,3	18,8	168	0,096
	Дефицитарное	24,5	19,9	187,5	0,228
Нарциссизм	Конструктивный	21,6	23,7	215,5	0,598
	Деструктивный	24,8	19,4	179	0,162
	Дефицитарный	27,6	15,7	109	0,002
Сексуальность	Конструктивная	24,6	19,8	185,5	0,216
	Деструктивная	26,4	17,4	141	0,021
	Дефицитарная	24,0	20,4	198,5	0,350

Для молодых людей, воспитывающихся в биологических семьях, характерны повышенные показатели по конструктивным шкалам функций «Я» и пониженные по деструктивным и дефицитарным. Преимущественно конструктивные варианты сформированности центральных личностных Я-функций являются результатом благоприятного взаимодействия индивида и окружающей среды на ранних этапах развития.

У молодых людей, являющихся выпускниками SOS-детской деревни, наблюдаются преимущественно деструктивный либо дефицитарный варианты сформированности центральных личностных Я-функций. Подобные негативные варианты сформированности функций Я могут влиять на индивидуальную психологическую адаптацию.

Как видно из данных таблицы, выпускники SOS-детской деревни по некоторым переменным соответствуют представителям выборки молодых людей, воспитывающихся в биологических семьях. Но они имеют достоверно более высокие показатели по шкале дефицитарных проявлений функций тревоги, дефицитарного нарциссизма, агрессии дефицитарной и деструктивной тревоги. Давайте посмотрим на эти шкалы повнимательнее.

Дефицитарный страх означает неразвитость или блокировку механизма оповещения об опасности и неспособность сосуществовать со страхом, терпеть его, что ведет к субъективному невосприятию и игнорированию опасности. *На поведенческом уровне дефицитарный страх* проявляется недооценкой или полным игнорированием объективной опасности, ощущением скуки, душевной пустоты и эмоциональной «спячки»; выраженным компенсаторным стремлением к экстремальным ситуациям, позволяющим хоть на некоторое время ощутить эмоциональную встряску, почувствовать реальную жизнь; невосприятием страха и эмоциональных состояний, испытываемых другими, ведущему к эмоциональному неучастию, неадекватности в оценках действий и поступков окружающих.

Деструктивный страх представляет собой деформацию (искажение) регуляторной составляющей механизма совладания с тревогой. *На поведенческом уровне деструктивный страх* проявляется неадекватной переоценкой реальных угроз, трудностей, проблем; неспособностью к адекватному поведению в опасных ситуациях, вплоть до панических проявлений; боязнью установления новых контактов

и близких, доверительных отношений; страхом перед авторитетами; выраженными телесными вегетативными реакциями опасениями за собственное будущее; неспособностью обращаться за помощью и поддержкой в трудных жизненных ситуациях.

Дефицитарный нарциссизм проявляется в неспособности ощутить самодостаточность и автономию, реалистично оценивать себя, равно как и придавать значение своим желаниям, мотивам и поступкам, отстаивать собственные интересы и иметь самостоятельные взгляды. *В поведении дефицитарный нарциссизм* проявляется выраженной зависимостью от окружающих, пассивностью, уступчивостью, невозможностью установления и поддерживания «полноценных» межличностных контактов и отношений без ущерба для своих интересов; бедностью эмоциональных переживаний, преобладанием общего фона безрадостности, пустоты, заботности и скуки; непереносимостью одиночества, выраженным неосознанным стремлением к отношениям симбиотического слияния (к теплым, близким отношениям, в которых можно полностью «раствориться» и укрыться от невыносимых страхов и проблем реальной жизни, личной ответственности и собственной идентичности).

Дефицитарная агрессия обозначает блокирование первичного потенциала активности с утратой стремления к автономии, активному овладению и манипулированию предметным миром. *На поведенческом уровне дефицитарная агрессия* проявляется неспособностью прикладывать усилия для достижения собственных целей, реализации своих планов, задач, отстаивания интересов и удовлетворения потребностей, избеганием каких-либо ситуаций «соперничества», со склонностью к быстрым уступкам, затруднениями в открытом проявлении своих чувств, выражения претензий и предпочтений; снижением предметной активности, сужением круга интересов и пассивным уединением, в неспособности к установлению продуктивных межличностных контактов.

Деструктивное внутреннее Я-ограничение означает нарушение взаимодействия осознаваемых переживаний автономного Я с собственным бессознательным. *В поведении* проявляется излишне подчеркнутой рациональностью, спонтанностью, гибкостью, недоверием к интуитивным и чувственным решениям; неуместными действиями и поступками, несчастными случаями, нечаянными травмами.

Наряду с описанными выше особенностями функций Я у молодых людей, являющихся выпускниками SOS-детской деревни, на уровне статистической тенденции обнаружены более высокие показатели по следующим шкалам:

- деструктивной сексуальности;
- деструктивной агрессии;
- деструктивного внешнего Я-отграничения;
- дефицитарного внешнего Я-отграничения;
- деструктивного нарциссизма.

Возможной причиной подобной недоразвитости либо деформации Я-функций у молодых людей — выпускников SOS-детской деревни, является ситуация безразличной и равнодушной атмосферы ранних симбиотических отношений (отношение матери либо ухаживающего взрослого) с внешне формально-безупречным, ориентированным на социальные нормы, физическим уходом за ребенком, но с недостаточным проявлением к нему материнской любви, нежности и собственно человеческой заботы в ранней фазе индивидуального развития.

Деструктивность функций Я связана с нарушением характера отношений матери и ребёнка, с безучастным либо деструктивно-враждебным характером атмосферы ранних симбиотических отношений, сутью которых является «первичный запрет» на проявление активности и собственную идентичность ребенка, принуждающий его «Я» развиваться не в собственных, а в жестко предписанных границах. Дефицитарность функций Я формируется в ситуации невозможности правильной идентификации матерью либо ухаживающим взрослым актуальных потребностей и нужд ребенка в ходе клишированного воспроизведения нормативно заданных ролей, равнодушного отношения к проявлениям двигательной и познавательной активности ребенка, отсутствия поддержки ребенка в попытках игрового овладения окружающим миром. Причиной тому может быть бессознательное эмоциональное отвержение матерью своего ребенка или чрезмерная идентификация с ним.

Подводя итог проведенному исследованию, смеем заключить, что разработанные альтернативные формы жизнеустройства детей-сирот в виде детских деревень, при многочисленных преимуществах перед интернатными учреждениями, к сожалению, не могут обеспечить оптимальное формирование и развитие центральных Я-функций.

РОЛЬ СПЕЦКУРСА «КУЛЬТУРА ЗДОРОВЬЯ» КАК ОБЪЕКТИВНОГО УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ БУДУЩИХ ПЕДАГОГОВ К ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Проблема развития психологической готовности будущих педагогов к оздоровлению себя и своих учеников рассматривается нами как системообразующая для их профессионально-педагогической деятельности.

Родовидовой анализ понятий «готовность», «оздоровление», «развитие», «деятельность» позволил выявить сущность и содержание понятия «развитие психологической готовности педагогов к оздоровительной деятельности», которое понимаем как целенаправленное, закономерное изменение, проявление (уже существующих) и возникновение качественно новых установок на активные и целесообразные, осознанные отношения, направленные на улучшение здоровья субъектов образования в конкретных условиях. Психологическая готовность как явление, включающее в себя все сферы отношений человека с окружающим миром, не может быть сформировано только в какой-то одной сфере отношений.

Нами выявлены психолого-педагогические условия, содействующие развитию психологической готовности студентов к оздоровительной деятельности в образовательных учреждениях:

- «Я-концепция» студента, являясь установкой по отношению к самому себе на основе, которой он строит любые отношения [Головнин С.Ю., 2005], выступает как субъективное условие развития психологической готовности к оздоровительной работе.
- К объективным условиям, определяющим динамику и направление развития психологической готовности к оздоровительной деятельности, относятся: психологическое содействие в освоении программы формирования ценностного отношения к здоровью; реализация субъект–субъектного взаимодействия студентов и преподавателей в процессе осуществления оздоровления.

Наше исследование направленно на изучение влияния спецкурсов эколого-валеологической направленности как объективного психолого–педагогического условия развития психологической готовности студентов к оздоровительной деятельности

в образовательных учреждениях. Важная роль в развитии психологической готовности к оздоровлению отводится спецкурсу «Культура здоровья», который входит в систему оздоровительно-учебной работы, нацеленной на реализацию профессиональной подготовки учителей в рамках здоровьесберегающего образования [Тюмасева З.И. 2009].

Основная цель спецкурса заключается в формировании профессионально-педагогической культуры здоровья будущих педагогов через научное понимание сущности, значения феномена здоровья в личной и профессиональной сферах жизни, через изучение современных научных представлений о здоровье, оздоровлении и здоровом образе жизни. Для решения этих задач студентам прививаются навыки индивидуального оздоровления себя, а также оздоровления своих учеников. Большая роль в этих спецкурсах отводится практическому оздоровлению, которое имеет выраженную личностно-групповую направленность на оздоровление самого себя и «другого».

При реализации оздоровительных модулей комплексной программы используются следующие основные оздоровительные технологии: психологические тренинги, физические тренинги, релаксация, точечный массаж, фитооздоровление, аромооздоровление, диетоздоровление, цветооздоровление, дыхательная гимнастика, рациональное питание и другие. Овладение системой оздоровительных технологий обеспечивается содержанием и программой спецкурса, а также субъект-субъектным характером отношений, точнее, взаимоотношений всех субъектов образования.

Исследование проводилось на базе Челябинского государственного педагогического университета в течение 2010–2011 уч. г. со студентами дошкольного факультета 1 курса. Возраст студентов 17–18 лет. Все участники исследования девушки. Всего в исследовании участвовало 29 человек.

В исследовании использовались методики, входящие в состав комплексной программы диагностики субъективной составляющей здоровья студентов и преподавателей «Гармония» [Валеева Г.В., Орехова И.Л., Тюмасева З.И., Мишарина В.С., 2006]:

- «Методика самооценки психического состояния (по Айзенку);
- «Методика оценки удовлетворенности физическим состоянием (модификация опросника Гиссенского адаптированного в психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева);
- «Методика ценностных ориентаций Роккича»;

- Анкета «Уровень развития представления об оздоровительной деятельности» [Валеева Г.В., Орехова И.Л., Тюмасева З.И., Мишарина В.С., 2006];
- Непараметрический критерий Т-Вилкоксона [Наслендов А.Д., 2004].

На первом этапе исследования (февраль 2011 г.) осуществлялась стартовая диагностика студентов 1 курса при помощи компьютерной диагностической программы «Гармония». Второй этап исследования заключался в диагностике этих же студентов после изучения спецкурса «Культура здоровья» (апрель 2011 г.) при помощи той же программы.

Результаты исследования психологической готовности студентов факультета дошкольного образования до и после изучения спецкурса «Культура здоровья» нами представлены ниже:

- После изучения спецкурса «Культура здоровья» выраженность дезадаптации студентов по психофизическому компоненту статистически значимо снижается ($Z=1,980$; $p<0,05(0,048)$).
- После изучения спецкурса «Культура здоровья» выраженность дезадаптации студентов по эмоционально-чувственному компоненту статистически значимо снижается ($Z=2,70$; $p<0,01(0,008)$).

Динамика когнитивного компонента психологической готовности к оздоровлению выглядит следующим образом:

- на 13 % увеличилось количество студентов с высоким уровнем психологической готовности к оздоровлению;
- статистически значимо снизился показатель ригидности у студентов первого курса ($Z=2,901$; $p<0,01(0,004)$);
- статистически значимо повышается уровень представления о том, каким ресурсом для оздоровительной деятельности обладают студенты (стадия 3 «Делаю») и какой конечный результат хотят получить от этой деятельности (стадия 4) ($Z=3,138$; $p<0,01(0,002)$);
- анализ динамики общественно-иерархического компонента показал статистически достоверное различие в уровне преобладания ценностей-средств соответствующих ценностям сформированной готовности к оздоровлению после спецкурса «Культура здоровья» ($Z=2,063$; $p<0,05(0,039)$).

После изучения спецкурса «Культура здоровья» отмечается ярко выраженная положительная динамика развития психологической готовности к оздоровлению в области концептуального компонента психологической готовности к оздоровительной деятельности (на 23 %

увеличилось количество студентов, у которых жизненная перспектива, включает оздоровление других людей и себя).

В результате проведенного исследования мы пришли к следующему выводу:

1. Содержание и субъект-субъектный характер спецкурса «Культура здоровья» содействовали наибольшему развитию концептуально-го, общественно-иерархического и когнитивного компонентов психологической готовности к оздоровительной деятельности.

2. После спецкурса «Культура здоровья» статистически значимо снижается выраженность дезадаптации в психофизической (истощаемость, жалобы на костно-мышечную систему), эмоционально-чувственной (тревожность, фрустрация, агрессивность) и когнитивной сферах.

Вапалахти К.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СЕРВИСА В ФИНЛЯНДИИ

В современной Финляндии базовым фактором функционирования системы социальных сервисов является общественная ответственность. Социальное обслуживание в Финляндии осуществляется на основе Скандинавской модели благосостояния. Важную роль играет государственное управление системой социального обслуживания и постановка приоритетных задач. Но практическая работа осуществляется на муниципальном уровне.

Ведущую роль в социальной политике страны занимает предупреждение социальных проблем. Поддержание социального благополучия профилактическими методами оценивается экспертами как наиболее экономичный и гуманный метод. Социальные факторы учитываются в решении общественно-политических, экологических, жилищных вопросов, в образовательной сфере, в области занятости.

Министерство социального обеспечения и здравоохранения Финляндии управляет развитием социальной защиты и системы сервисов, связанных с социальной защитой и здравоохранением. Именно Министерство определяет основные ориентиры развития политики социального обеспечения и здравоохранения, занимается подготовкой реформ в данной сфере, осуществляет надзор за их ходом и мониторинг, обеспечивает взаимодействие в сфере политических решений.

В области социального обеспечения и здравоохранения работают ведомства и учреждения, которые вместе с Министерством социального обеспечения и здравоохранения ведут исследования, разработки, статистику и надзор в соответствующих социальных отраслях. В Финляндии есть центры социальных технологий, работающие на законодательной основе и получающие стабильное бюджетное финансирование. Это — объединения коммун, университетов и организаций социальной сферы. Они специализируются в области поддержки соответствующего уровня квалификации персонала, занятого в социальной сфере, координируют программы по обмену опытом в своих регионах.

В каждой губернии есть департамент по социальному обеспечению и здравоохранению, который курирует территориальное развитие социальной сферы и здравоохранения. Особое внимание уделяется работе с письмами и жалобами от населения, касающимся качества социальных сервисов.

Организация обязанностей социального обслуживания в Финляндии децентрализована и относится к компетенциям муниципалитетов (коммун). Коммуны на практике организуют социальные сервисы и выделяют материальную помощь.

В Финляндии коммуны являются самостоятельными административными органами, которые имеют право налогообложения. О делах коммун, в том числе о социальных сервисах решения принимает совет уполномоченных, избираемых на демократических выборах. Обязанностью коммун является организация сервисов социального обслуживания с учетом потребностей жителей коммуны.

Несмотря на то, что законодательство обязывает коммуны организовывать социальное обслуживание для жителей, законы детально не регулируют объем, содержание и методы организации, поэтому коммуны имеют широкие полномочия организовывать услуги по своему усмотрению. Однако, обязанность организовывать услуги в определенной части регулируется весьма точно. Например, дневной уход за детьми и оказание услуг для инвалидов являются субъективными правами: в Финляндии все дети дошкольного возраста имеют право на муниципальный дневной уход. Инвалиды имеют право на транспортные и переводческие сервисы, обслуживаемые общежития и переоборудование квартиры.

В основном такие услуги коммуны организуют самостоятельно. Коммуны могут также делать это в сотрудничестве с другими муниципалитетами и покупать услуги у других муниципалитетов,

общественных организаций или частных компаний. Положение коммунального сектора в области социальных и здравоохранительных сервисов находится в процессе изменения.

Частные сервисы и объем услуг, оказываемых организациями и частными предприятиями, увеличивается. Частные сервисы составляют уже одну пятую часть всех услуг в области социальных и здравоохранительных услуг. *Деятельность общественных организаций и церковных приходов имеет длительные традиции в финляндской системе социальных сервисов.*

Организации в значительной части финансируются за счет госбюджета и Общества игровых автоматов. Общество игровых автоматов представляет собой специфику Финляндии, и эта организация имеет монополию на приобретение средств для общественно-полезных целей. Общество выделяет значительные средства общественным организациям. Госсовет ежегодно решает вопросы распределения полученных от игры средств по организациям, руководствуясь предложениями Министерства социального обеспечения и здравоохранения. Социальные сервисы в Финляндии имеют очень высокий статус и весьма большой авторитет. Коммунальное социальное обслуживание направлено на удовлетворение потребностей всех социальных категорий на достаточно высоком уровне.

Социальные сервисы оказываются в доступности как для определенных категорий населения, так и для всего населения страны. Приоритетное место в системе социальных сервисов занимает профилактическое направление и социальная работа, ориентированная на все категории населения.

Варламова В. И.

ДОСТУПНОСТЬ СРЕДЫ КАК УСЛОВИЯ ИНТЕГРАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ОБЩЕСТВЕ

Словосочетание «Доступная среда» стало популярным в России в связи с разработкой и принятием Государственной программы «Доступная среда» на 2011-2015 гг.

Цель Программы — формирование к 2015 году условий, для обеспечения равного доступа инвалидов, наравне с другими,

к физическому окружению, к транспорту, к информации и связи, а также объектам и услугам, открытым или предоставляемым для населения.

В Санкт-Петербурге проблеме обеспечения доступной среды жизнедеятельности уделяется особое внимание. В настоящее время в городе проживает более 733,6 тысяч инвалидов (это около 17% населения города). При этом более 85,9 тысяч человек имеют ограничения передвижения в связи с патологией опорно-двигательного аппарата (из них 9,4 тысяч передвигаются на колясках), более 12,9 тысяч имеют ограничения по зрению (слепые и слабовидящие), почти 15,9 тысяч — глухие и слабослышащие.

Однако, проблема беспрепятственного доступа к объектам социальной инфраструктуры напрямую касается многих горожан, в первую очередь относящихся к маломобильным группам населения: это не только инвалиды, но и граждане преклонного возраста, граждане, имеющие временные ограничения передвижения в связи с заболеванием или травмой, граждане, использующие детские коляски и др.

Ключевым моментом в развитии данной темы является недавнее подписание федерального закона о ратификации конвенции ООН о правах инвалидов.

Согласно Конвенции ООН о правах инвалидов: к инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими. При этом Конвенция констатирует, что инвалидность — это эволюционирующее понятие и является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющимися нарушениями здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими.

Ратификация Конвенции о правах инвалидов должна послужить одним из шагов на пути к изменению господствующей в России, медицинской модели отношения к инвалидности, которая делает акцент на ограниченных возможностях человека, способствует его дискриминации и эксклюзии.

Для сравнения приведу определение инвалида из статьи 1 ФЗ №181 от 24 ноября 1995 г. «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»: «Инвалид — лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее

к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Ограничение жизнедеятельности — полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью». В подобной формулировке акцент делается на недостатке, отклонении от нормы, которое влечет за собой необходимость унизительной социальной защиты, в отличие от «био-психосоциальной» модели, согласно которой ключевым моментом является взаимодействие человека со средой и ее адаптация согласно нуждам людей.

Также необходимо упомянуть о тех мерах, которые уже приняты в Петербурге на пути к созданию доступной среды жизнедеятельности.

Необходимо начать с того, что с 2001 по 2005 годы в Санкт-Петербурге действовала программа «Доступная среда жизнедеятельности для инвалидов», за период действия которой создано государственное учреждение, которое занимается организационно-методическим обеспечением деятельности по созданию доступной среды (Санкт-Петербургское государственное учреждение «Центр технических средств реабилитации, доступности городской среды и физической культуры инвалидов»). Создана и отработана схема обследования объектов городской инфраструктуры, часть из которых оборудована в соответствии с требованиями.

В дальнейшем в 2005-2007 гг. эта схема обследования была взята на вооружение администрациями районов, работники которых работали над выявлением и исправлением несоответствующих объектов инфраструктуры в каждом районе города. Но данное обследование касалось в основном социальных служб.

В 2008 году началась разработка автоматизированной информационно-справочной системы (АИСС) «Доступная среда». Одной из основных ее целей является осуществление учета и мониторинга информации о состоянии объектов социальной и транспортной инфраструктуры с точки зрения их доступности. Также в дальнейшем предполагается развитие сопутствующих разделов — «Реабилитационные учреждения и услуги в Санкт-Петербурге», «Поставщики технических средств реабилитации», «Вопросы занятости инвалидов», «Дополнительные меры социальной поддержки инвалидов в Санкт-Петербурге». Расширение информационных ресурсов (а не только преобразование физических объектов) и обеспечение их доступности

для граждан может во многом помочь людям с ограниченными возможностями в решении повседневных проблем.

Что касается контрольных органов, то при Правительстве Санкт-Петербурга создана Комиссия по координации деятельности исполнительных органов государственной власти Санкт-Петербурга в сфере формирования доступной среды жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения. В каждом районе города должны быть сформированы специальные Комиссии, в ведении которых должны быть все вопросы по обеспечению доступной среды. Также необходимо разработать механизмы и меры побуждения и принуждения к действиям по созданию доступной среды, так как без этого сложнее добиться необходимых результатов.

Васильева О. С., Правдина Л. Р.

СПОСОБНОСТЬ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ БЕЗОПАСНОСТИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК КРИТЕРИЙ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ

Проблема безопасности человека в современном мире чрезвычайно актуальна, а в периоды социальных изменений она становится доминирующей. Новая парадигма образования, ориентированная на успешную социализацию молодежи, ставит задачи формирования системы универсальных знаний, опыта самостоятельной деятельности, способностей к обеспечению безопасности и личной ответственности. Многие проблемы жизни современной молодежи (социальная дезадаптированность, беспечность, максимализм, склонность к риску, демонстративности, агрессивность, социальная безответственность) определяются отсутствием психологической культуры личности, в том числе культуры ее здоровья, частным случаем которой является культура безопасности. Системные трансформации в обществе формируют особый тип личности — «трансформанта» [Пугин В.Б., 2003], личности, выбитой из прежней жизненной колеи, лишенной ценностных ориентаций, необходимых для безопасности, здоровья и благосостояния. Способность к обеспечению собственной безопасности, безопасности жизнедеятельности является одним из критериев здоровой личности

[Ермаков П.В., Абакумова И.В., 2007; Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2001, 2011].

Вопросы безопасности в психологии изначально связывались с психологией труда, военной, инженерной, авиационной и космической психологией [Котик М.И., 2011]. Однако оказалось, что проблемы безопасности характерны не только для тех видов деятельности, где используется техника: труд следователя, милиционера, водителя, диспетчера, журналиста, политика, полицейского, спортсмена, инструктора, педагога, врача и т.д. — оказывается все более опасным, причем зачастую не столько из-за техногенных, сколько из-за социальных факторов. Такие факторы культуры профессионального здоровья и личной безопасности, как осознание степени риска, цена ошибки, использование средств защиты и саморегуляции, проникают в деятельности все большего числа профессионалов.

Психологию безопасности целесообразно рассматривать не как раздел психологии труда, а как некоторую отрасль науки о здоровье личности, изучающую психологический аспект безопасности в разнообразных видах деятельности, в центре которой стоит человек — субъект деятельности [Котик М.И., 2011]. Сегодня обучение безопасности организовано в рамках преподавания дисциплины ОБЖ. В традиционной программе по ОБЖ указано, что в результате ее освоения студент получает сведения об опасных ситуациях различного характера; мероприятиях гражданской обороны по защите населения от последствий ЧС; способах оповещения населения об опасности; инфекционных заболеваниях и их профилактике; о первой медицинской помощи; об основах здорового образа жизни. Он должен сформировать навыки безопасного поведения в опасных ситуациях, выполнения мероприятий гражданской обороны; должен разбираться в современных средствах поражения и основных положениях Уголовного кодекса Российской Федерации об уголовной ответственности несовершеннолетних.

Однако в последнее время все большую популярность приобретает психологически-ориентированный подход в обучении обеспечению личной безопасности. Как отмечает Б. Шнайер, безопасность является ощущением, которое основывается не на вероятностях или математических вычислениях, а на психологических реакциях на риски и контрмеры [Шнайер Б., 2011]. Понимания безопасности можно достичь, изучая 4 вида дисциплин (каждая из которых представляет собой раздел психологии): 1) поведенческая экономика (рассматривает то, как

человеческие факторы влияют на принятие экономических решений); 2) психология принятия решений; 3) психология риска; 4) неврология: понимание того, как мозг работает и в каких случаях он дает сбой, является существенным условием понимания ощущения безопасности.

Абсолютной безопасности не существует, и определенная степень безопасности всегда подразумевает некие компромиссы. Концепция безопасности не адекватна законам техносферы потому, что обеспечить нулевой риск в современных системах практически невозможно. Сегодня мир пришел к концепции приемлемого (допустимого) риска. Восприятие общественностью риска и опасностей субъективно. Люди резко реагируют на события редкие, сопровождающиеся большим числом единовременных жертв, в то же время частые события, в результате которых погибают единицы или небольшие группы людей, не вызывают столь напряженного отношения. Приемлемый риск сочетает в себе технические, экономические, социальные и политические аспекты и представляет некоторый компромисс между уровнем безопасности и возможностями ее достижения [Шнайер Б., 2011]. Таким образом, у молодежи необходимо развивать способность к оценке текущих «приемлемых рисков» одновременно по множеству параметров.

При этом важно учитывать феномены восприятия (тоже психологический навык). Так, расхождение между восприятием риска и реальностью может быть объяснено только с привлечением инструментов социальной психологии: даже если кто-то знает, что в автомобильных катастрофах ежегодно погибает 40 000 человек только в США, а в самолетах погибают лишь сотни по всему миру, как правило, этот человек больше боится самолетов, а не автомобилей. В большинстве случаев, когда восприятие безопасности не совпадает с реальностью безопасности, это происходит потому, что восприятие риска не совпадает с реальностью риска [Шнайер Б., 2011; Ропейк Д и Грей Дж., 2002]. Понятно, что современные подходы к обеспечению безопасности пронизаны психологией и входят в противоречие с существующей практикой преподавания дисциплины «Обеспечение безопасности жизнедеятельности».

Никакая из тем, изучаемых дисциплиной ОБЖ, не развивает реальных компетенций в области принятия решений по личной безопасности. Поэтому необходимо признать, что традиционный курс ОБЖ недостаточно включает в себя психологические аспекты обеспечения безопасности, которые являются базовыми для формирования компетенций учащихся в этой области. С другой стороны, психология имеет

все инструменты формирования таких компетенций: интерактивные формы обучения, тренинги, отработанные упражнения в области са-моменеджмента. Содержательно психологически ориентированная программа ОБЖ, даже не будучи переименованной, может выступать как компонент культуры здоровья будущего специалиста и опираться на такие психологические компетенции, как:

- понимание себя и своего места в мире, конституирующее принятие любых решений;
- умение выстраивать гармоничные отношения в социуме;
- владение всеми средствами саморегуляции, самоконтроля и саморазвития;
- понимание роли личного здоровья и личной ответственности за его формирование.

Наш мир настолько сложен, настолько склонен генерировать кризисы, опасности и конфликты, что «проблема безопасности должна стать одной из приоритетных в целях современного образования» [Ермаков П.В., Абакумова И.В., 2007, С. 586]. Человек в условиях стремительного изменения всех аспектов своей жизнедеятельности нуждается в психологическом образовании, психологической помощи и поддержке. Именно поэтому обеспечение безопасности жизнедеятельности как учебная дисциплина высшего образования должна стать содержательно более психологической, формирующей реальный инструмент адекватного восприятия, оценки и преодоления рисков — способность к обеспечению личной безопасности.

Васильева О. С., Шинкаренко М. В.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ ПРОФЕССИЙ

Здоровье человека относится к числу наиболее сложных обще-гуманитарных категорий и, при мнимой простоте его обыденного понимания, отражает наиболее значимые аспекты биологического, социального, психологического и духовного бытия. На современном этапе здоровье осмысливается не только как оптимальное функциональное состояние индивида, но и как определенная социальная

ценность, входящая в число ценностных универсалий человеческой культуры.

Вопросы сохранения и совершенствования здоровья населения России активно обсуждаются в последние годы на заседаниях Государственного Совета при Президенте, различных форумах, научно-практических конференциях.

Проблеме здоровья в настоящее время уделяется особое внимание, прежде всего, потому, что на фоне высоких достижений медицины, совершенства технических средств диагностики и лечения болезней неуклонно растет уровень заболеваемости и смертности населения. Неизбежно возникает и осознается потребность в поиске более эффективных способов и средств сохранения и развития здоровья.

Нами было проведено исследование на кафедре «Психологии здоровья» ЮФУ, в рамках которого изучался комплексный анализ системно-структурных компонентов внутренней картины здоровья и показателей неблагополучия здоровья у представителей разных профессий. Задачей исследования являлось выявление отличия в структуре внутренней картины здоровья (ВКЗ), а также зависимость иерархии терминальных и инструментальных ценностей от уровня сформированности ВКЗ у представителей разных профессий. В исследовании приняли участие представители разных профессиональных групп — студенты и профессионалы со стажем работы не менее 5 лет (студенты медицинского университета, медицинские работники, студенты строительного университета, строители и инженеры).

В основе исследования лежит предположение о важной роли психологических факторов в формировании сферы здоровья, прежде всего системы ВКЗ, включающей в себя ценностно-мотивационные, когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты. Они отражают своеобразие ценностного осмысления, представлений, оценок, суждений, переживаний и поведения человека в связи с задачей поддержания и совершенствования здоровья.

Для исследования компонентов ВКЗ применялся опросник «Отношение к здоровью», методика ценностных ориентаций М. Рокича, методика «Когнитивная ориентация (локус контроля)» и шкала субъективного благополучия.

Существует немного профессий, где ценностный подход к профессиональной деятельности оказывал бы такое влияние на индивидуальную судьбу профессионала и судьбу другого человека,

как профессии медицинских работников, психологов и учителей. Представители этих профессий являются носителями знаний, воплощением нравственных норм, образца поведения, здорового стиля жизни и адекватного отношения к здоровью.

В нашей стране весьма высоким является уровень заболеваемости в профессиональной группе врачей, то есть людей, которые должны обладать всеми необходимыми знаниями и умениями для сохранения и совершенствования здоровья и по долгу своей службы должны вдохновлять окружающих быть здоровыми. Необходимо отметить наличие негативных для здоровья факторов, которые имеют место в жизни и работе врачей. Это острые хронические стрессы, недостаток физической активности, а также длительный контакт с людьми и биологическими веществами, являющимися потенциальными источниками инфицирования.

Проблема влияния профессии на личность и связанные с этим изменения имеют огромное значение в теоретическом и практическом плане, так как гармоничные взаимоотношения профессии и личности человека — это залог здорового общества. Необходимо сформулировать в наши дни «здравотворящую» этику врача. Врач сам должен стремиться быть здоровым, глубоко знать и соблюдать принципы здорового образа жизни для себя лично и постоянно пропагандировать их для других людей. Понимание здоровья у врачей сильно стереотипизировано, они пытаются отыскать соответствующее ему клеше в системе своих профессиональных представлений. Представления медиков о здоровье ассоциировались с такими понятиями, как нормальность, адекватность, работоспособность.

В анализе ВКЗ для представителей технических профессий характерно стремление делегировать ответственность за свое здоровье внешним обстоятельствам. Отмечается также распространенность среди них моделей поведения направленных на эксплуатацию здоровья, то есть сознательно и систематически подвергающие организм сверхнормативным нагрузкам и вредным воздействиям. Ведущие места в структуре жизненно важных ценностей занимает здоровье и материально обеспеченная жизнь, что объясняется необходимостью думать о здоровье, как о некоем капитале, позволяющем выйти вперед в конкуренции за материально обеспеченную жизнь. Такое изменение ценностных ориентаций и девальвация высших ценностей способна поставить под угрозу возможность устойчивого развития личности профессионала.

Если говорить об исследуемых подгруппах испытуемых, то в целом на когнитивном уровне наиболее осведомленными можно считать студентов и наименее осведомленными группу представителей технических профессий. На эмоциональном уровне более всего удовлетворены своим здоровьем представители технических профессий, менее всего студенты строительного университета. Поведенческий уровень наиболее выражен в группах профессионалов и наименее — у студентов. На ценностно-мотивационном уровне максимальный уровень у представителей технических профессий и минимальный уровень у студентов. Современные люди, достаточно много зная об особенностях здоровья и основных факторах, на него влияющих, имея высокую значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей и сформированную мотивацию на сохранение и укрепление здоровья, мало тревожатся о нем на эмоциональном уровне и тем более практически ничего не делают на поведенческом уровне.

В настоящее время в условиях политического, экономического и социально-психологического кризиса, когда жизнь сводится к выживанию, отмечается, что эталон здоровья воспринимается как труднодостижимый идеал, а собственное актуальное состояние здоровья преимущественно оценивается как дефицитарное. Эта дефицитарность в восприятии здоровья наиболее четко выражена у респондентов, которые продемонстрировали низкий уровень интернальности (личной ответственности) в отношении к своему здоровью. Исследование показало, что резистентность значительно выше у людей интернального типа и ниже у экстерналов. Способы адаптации и преодоления стресса у интерналов носят более конструктивный характер, а у экстерналов могут строиться по типу отказа от активного и конструктивного преодоления ситуации («будь что будет»). Другим важным условием стрессоустойчивости и состояния здоровья является общая мотивационная направленность личности, ее доминирующая ориентация — либо личностно-карьерная («на себя»), либо социально-профессиональная («на дело»).

Обращает на себя внимание узость представлений о здоровье и здоровом образе жизни у всех респондентов. Акцент делается на улучшение физического состояния и достижение телесного комфорта. Здоровье чаще всего оценивается не как постоянная характеристика личности, а как особенное состояние, которое может быть достигнуто лишь при наличии благоприятных внешних условий, что отмечается у всех испытуемых.

После исследования нами проводилось групповая практическая работа, в рамках которой мы пытались расширить их внутреннюю картину здоровья, в частности сформировать адекватные представления о здоровье, которое, по нашему мнению, является естественным природосообразным состоянием человека, проявляющимся в самоопределении человека в направлении самопознания, совершенствования и самореализации.

Волкова Г.А.

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ ЗАИКАЮЩИХСЯ ПОДРОСТКОВ

Подростковый возраст является наиболее трудным, поскольку происходит физиологическая перестройка организма и изменения в психологической и эмоциональной сферах. Ведущей деятельностью в этом возрасте является интимно-личностное общение, а главным мотивом — самоутверждение в значимой группе сверстников. По ряду причин общение может нарушаться, одной из них может быть заикание, возникающее в детском возрасте, когда еще не завершился процесс формирования личности. У подростков с затяжными формами заикания нарушена согласованность и синхронность двойной связи: коммуникативной (вербальной) и метакоммуникативной (двигательной), эмоциональной, интонационной, жестовой; способность самовыражения, передача и восприятие информации (Н.Н. Станишевская, 1984). Это ведет к отчуждению, ослаблению познания человека человеком. Изменяется монологическое и диалогическое общение, и речь становится барьером, препятствующим интимно-личностному и функционально-ролевому общению. По словам М.Е. Хватцева (2002), заикающийся подросток одинок, начинает мучительно думать о своем недостатке. Переживания приводят к формированию чувства неполноценности, мнительности, агрессивности, раздражительности и других отрицательных черт. Для таких больных типична логофобия, которая чаще возникает в экстремальных ситуациях, в повторяющейся типичной обстановке, которые требуют активных коммуникативных действий, связанных с необходимостью речевого общения (В.М. Шкловский, 1994). Е.Ю. Рау (1987) отмечает, что у заикающихся подростков имеются полюсные свойства в поведении: с одной

стороны, неуверенность в себе, чувство малоценности, с другой — завышенная самооценка, излишняя самоуверенность. Было установлено, что чем интенсивнее эмоциональные реакции подростка на дефект, тем резче выражена судорожность. Формируется «порочный круг» или «порочная спираль» (В.Н. Мясищев, 1960). Неблагоприятный опыт прошлого формирует образы предстоящих речевых ситуаций, предвидение своих речевых судорог, ожидание их в определенных ситуациях, что является для заикающихся характерным симптомом.

В эксперименте приняли участие подростки без заикания и заикающиеся в возрасте 12-15 лет. Использовались: методика изучения коммуникативных и организаторских способностей (КОС) В. Синявского и Б. Федоршина; «Оценка самоконтроля в общении М. Снайдера»; «Исследование межличностных отношений Рене Жиля»; «Лесенка» («Лестница») для изучения самооценки в сфере общения со сверстниками и понимания отношения сверстников к своему общению.

По состоянию коммуникативных и организаторских способностей выделено три группы заикающихся подростков: 1) подростки с высокой степенью развития этих качеств (25 %) — им свойственно стремление к общению, самостоятельному принятию решений. Они быстро находят друзей, не теряются в незнакомой обстановке, чувствуют себя свободно и раскованно в обществе малознакомых людей; 2) подростки со средней степенью развития коммуникативных способностей (30 %) — стремятся к контактам с людьми, не ограничивают круг своих знакомств, отстаивают свое мнение, но потенциал этих способностей неустойчив. Сталкиваясь с неудачами, непониманием, теряют веру в свои силы, замыкаются в себе. Общаются чаще с хорошо знакомыми людьми, зная, что не станут объектом насмешек и будут выслушаны до конца. Для этих подростков характерна избирательность в общении с окружающими людьми; 3) подростки с низкой степенью развития коммуникативных и организаторских способностей (45 %) — предпочитают проводить время наедине с собой, книгой, телевизором. Они не стремятся к общению с другими людьми, испытывают трудности в установлении контактов, не отстаивают свое мнение и тяжело переживают обиды. Особенности самоконтроля в процессе общения заикающихся подростков позволили выделить три группы: 1) подростки с высоким уровнем самоконтроля (35 %) — легко чувствуют себя в любой роли, гибко реагируют на изменение ситуации, способны предвидеть впечатление, которое они производят на окружающих; 2) подростки со средним уровнем

самоконтроля в общении (60%) — искренни, но не сдержанны в своих эмоциональных проявлениях, мобильны в общении с различными людьми, но в ситуациях, когда присутствует сильный эмоциональный компонент или когда ситуация является для подростка значимой, они теряют способность к самоконтролю; 3) подростки с низким уровнем самоконтроля (5%) — с неустойчивым поведением, не считают нужным изменять поведение в связи с изменяющейся ситуацией, прямолинейны.

Анализ межличностных отношений показал, что 25% заикающихся подростков имеют сильную привязанность к матери, что подтверждается большим количеством выборов (15-17) по шкале «отношение к матери». Они отмечают, что мать — единственный человек, которому они доверяют и который дослушивает их речь до конца, не перебивая. Эти подростки не выбирали отца, объясняя тем, что отец нетерпелив к их речи, бывает раздражен, слушая их. Малое количество выборов было сделано по шкале «отношение к другу или подруге», в беседе подростки заметили, что у них нет настоящих друзей, и в школе они общаются лишь с немногими одноклассниками. 10% подростков сделали большое количество выборов по шкале «отношение к учителю или авторитетному лицу», объясняя тем, что учитель относится к ним так же, как и к другим и не считает их особенными. Эти подростки часто выбирали младших братьев или сестер, чувствуя себя с ними более уверенно. 65% подростков крайне редко выбирали мать (5-0 выборов), аргументируя это непониманием матерью их запросов, ограничением ею их самостоятельности. Частыми являются конфликты с матерью, которая пытается их опекать, считает «маленькими». У 50% подростков низкая общительность, доминантность и любознательность. Объяснением выборов подростков чаще является фраза: «Он (она) слушает меня до конца и не перебивает». Таким образом, заикающиеся подростки в общении с людьми ориентируются прежде всего на их отношение к дефекту речи.

Самооценка у заикающихся подростков различна. 45% человек поставили себя на пятую или четвертую ступени, считая себя довольно общительными, способными устанавливать контакт с людьми. Однако низкие результаты, полученные по другим методикам, позволяют утверждать, что у этих подростков завышенная самооценка. Они предполагают, что и сверстники поставили бы их на пятую или четвертую ступени лестницы, отмечая их общительность. Остальные 55% подростков с заиканием считают, что сверстники поставили

бы их на более низкие ступени лестницы, чем они сами ставят себя. Причиной, по их мнению, является заикание.

Таким образом, по основному критерию — развитию коммуникативных способностей — заикающиеся подростки значительно различаются. Только 25 % подростков с тоно-клонической и клоно-тонической формами заикания средней и легкой степени выраженности обладают достаточно высоким уровнем сформированности коммуникативных способностей, испытывают потребность в общении с людьми, легко устанавливают контакты, не ограничивают круг своих знакомств. Для них характерна непринужденность в поведении в новой обстановке. Они имеют высокий или средний уровень организаторских способностей, склонны к проявлению инициативы в общественной деятельности, в группе чаще являются лидерами и стремятся подчинить себе сверстников. Отличаются высоким или средним уровнем самоконтроля в общении. Легко чувствуют себя в любой роли, гибко реагируют на изменение ситуации и в общении с разными людьми ведут себя по-разному. Могут предвидеть то впечатление, которое они производят на окружающих. Самооценка отличается устойчивостью. Стремление к уединению, закрытости и отгороженности находятся на низком уровне, общительность, доминантность и любознательность — на высоком, реже — на среднем. В сфере межличностных отношений предпочтение отдавали родителям (чаще матери) или друзьям.

Гаврилова Т. А., Попова С. А.

СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ С АУТОМОРТАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТЬЮ У СТУДЕНТОВ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВУЗА

В современном обществе с каждым годом увеличивается количество ситуаций, сталкивающих личность, как ребенка, так и взрослого с темой смерти. Социально-экономические кризисы, различного рода техногенные и природные катастрофы, террористические акты, увеличение количества суицидов (особенную тревогу вызывает юношеский суицид) — все это и современные реалии, и популярные темы средств массовой информации и массовой культуры. Кроме того, тематикой

смерти избилуют компьютерные игры, фильмы и Интернет в целом. Все это делает актуальным изучение тех стратегий и приемов, при помощи которых молодые люди справляются с психотравмирующим влиянием систематического напоминания им об их неизбежной смертности (аутомортальности).

С позиций системно-субъектного подхода [Сергиенко Е.А., 2011] осознанная аутомортальность выступает как угроза субъекту в реализации его функций: когнитивной, коммуникативной и регулятивной. Поэтому в отношении человека к аутомортальности базовой модальности мы полагаем тревожность как реакцию на угрозу. Основания для выделения тревожности в качестве базовой в отношении человека к смерти обнаруживаются во взглядах наиболее авторитетных в области танатологии философов (М. Хайдеггер, П. Тиллих, Э. Беккер) и психологов (У. Джеймс, Дж. Рейнгольд, И. Ялом, Дж. Гринберг, Ш. Соломон и Т. Пищински). В этом смысле можно говорить об аутомортальной тревожности как базовой модальной форме отношения личности к неизбежной конечности своего существования, обусловленной осмыслением смерти (конечности) как неопределенной, непредсказуемой и относительно отдаленной угрозы различным аспектам индивидуальной жизни [Гаврилова Т.А., 2009]. Она часто сочетается с другими формами отношения к смерти, связанными с осмыслением ее как «избегания страданий», «перерождения» и др. Вслед за большинством психологов и психиатров мы рассматриваем тревожную модальность универсальной формой отношения к смерти, а все остальные — как защитные от нее. Учитывая известную дифференциацию тревоги и страха, с одной стороны, и тревоги и тревожности — с другой, мы в своем подходе понимаем тревожность как некий общий феномен, без дифференциации его на тревогу и страх, на ситуативное состояние или личностное свойство.

В своей работе мы предприняли попытку изучить стратегии совладания с аутомортальной тревожностью у студентов педагогического вуза.

Под совладанием в своей работе мы, вслед за R.S. Lazarus [Lazarus R.S., 1991], понимаем «совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих реакций личности, направленных на достижение адаптации к жизненным событиям и стрессовым ситуациям».

Целью нашего исследования стало изучение иерархии стратегий совладания с аутомортальной тревожностью и выделение наиболее эффективных из них у студентов женского и мужского пола.

В исследовании на добровольной основе принял участие 321 студент (131 юноша и 190 девушек) Школы педагогики ДВФУ. Средний возраст респондентов 18,9 лет ($SD=1,4$).

Методикой исследования тревоги смерти стала Шкалы Тревоги Смерти Д. Темплера (DAS) в адаптации Т.А. Гавриловой; для исследования стратегий совладания с аутомортальной тревожностью был использован разработанный нами опросник, в котором респондентам было предложено оценить по 5-балльной шкале степень сходства своих реакций на мысль о неизбежности личной конечности с каждой из 41 предложенных.

Для проведения статистического анализа полученных данных нами использовались следующие методы математической обработки: критерий Т-Вилкоксона, критерий ранговой корреляции Rs-Спирмена и критерий U-Манна-Уитни. Расчеты проводились на ПК с помощью пакета программ статистической обработки данных SSPS версия 17.0.

Результаты исследования:

1. Сравнение средних показателей уровня тревоги смерти подтвердило выявленную в англо-американских исследованиях половую особенность: девушки демонстрируют более высокий по сравнению с юношами уровень тревоги по поводу конечности личного существования.

2. Юноши и девушки различаются между собой по предпочтениям в использовании стратегий совладания с аутомортальной тревожностью.

Так, юноши при актуализации мыслей по поводу личной смертности чаще, чем девушки склонны убеждать себя, что им до смерти еще далеко; считать, что жить нужно как можно полнее и опираться на оптимизм в надежде на то, что из любой трудной ситуации всегда есть выход.

Стратегий совладания, которые чаще используются девушками при актуализации аутомортальной тревожности, гораздо больше. При этом девушки в своем репертуаре обнаруживают как когнитивные и эмоциональные стратегии совладания, так и поведенческие.

3. В иерархии стратегий совладания с аутомортальной тревожностью у студентов, независимо от их пола, преобладали три стратегии: опора на оптимизм (*«Мне помогает мой оптимизм, я всегда уверен, что из любой трудной ситуации есть выход и из этой найдется»*), позитивная переинтерпретация (*«Пытаюсь увидеть в данной ситуации что-то положительное»*) и отодвигание смерти в будущее (*«Я говорю себе, что*

подобное со мной случится нескоро»). Второй по предпочтению стратегией оказалась стратегия «профилактика сожалений» («Думаю, что надо постараться прожить жизнь как можно полнее, чтобы смерти не досталось ничего»). Наименее частым приемом совладания у студентов обоих полов оказалась такая стратегия, как опора на религию («Обращаюсь к молитве или иду в церковь»). Остальные 36 стратегий получили примерно одинаковое количество предпочтений.

4. Выявление наиболее эффективных стратегий совладания с аутомортальной тревожностью проводился с опорой на корреляционный анализ связей между уровнем аутомортальной тревожности и степенью интенсивности использования каждой из оцениваемых стратегий совладания с аутомортальной тревожностью.

Анализ показал, что наиболее эффективной стратегией совладания с аутомортальной тревожностью у студентов в целом является такая стратегия, как профилактика сожалений (*Думаю, что надо постараться прожить жизнь как можно полнее, чтобы смерти не досталось ничего*), которая была негативно связана с уровнем тревоги смерти и у юношей, и у девушек ($R_s = -0,278^{**}$). При учете фактора пола выяснилось, что у девушек достаточно эффективной стратегией является также и опора на оптимизм ($R_s = -0,195^{**}$).

Что касается остальных стратегий, то интенсивность использования большинства из них растет по мере увеличения интенсивности аутомортальной тревожности. Это может быть интерпретировано так, что эти стратегии, видимо, мало эффективны, хотя и предпочтительны у высоко тревожных по поводу смерти студентов.

Так, независимо от пола высоко тревожные по поводу смерти студенты часто используют стратегию опоры на осторожность (*Говорю себе, что надо беречь свое здоровье и быть более осторожным*) ($R_s = 0,47^{**}$), проблемно-аналитическую стратегию (*Стараюсь проанализировать, все взвесить и найти какое-то решение*) ($R_s = 0,47^{**}$), а также прибегают к протестным реакциям (*Меня бесит несправедливость судьбы и хочется делать назло ей*) ($R_s = 0,38^{**}$).

К полоспецифическим малоэффективным стратегиям совладания с аутомортальной тревожностью для юношей были отнесены следующие: смирение перед Божьей волей (*Говорю себе: так угодно Богу*) ($R_s = 0,44^{**}$); ориентация на долгую плодотворную жизнь (*Думаю, что у меня еще вся жизнь впереди, и я многое могу успеть в этой жизни*) ($R_s = 0,38^{**}$); уединение (*Изолируюсь, стараюсь остаться наедине с собой*) ($R_s = 0,36^{**}$).

У девушек наиболее выраженной малоэффективной стратегией совладания с аутомортальной тревожностью оказалась только одна: переключение на ценности настоящего момента (*Говорю себе: в данный момент есть что-то важнее, чем это*) ($R_s = 0,35^{**}$).

Гарифуллина М. М., Граужанина О. К.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ РЕСУРС ЗДОРОВЬЯ

В современной культуре здоровье отнесено к числу общечеловеческих ценностей и является одним из основных критериев развитости общества. Полнота и интенсивность многообразных жизнепроявлений человека зависят от уровня здоровья и его качественных характеристик.

Одной из задач психологии здоровья является повышение уровня культуры общения — степени совершенства в области внутренней и внешней коммуникации.

Понятия «толерантность» и «психологическое здоровье» взаимосвязаны. Толерантность, являясь важной характеристикой самоактуализирующейся и психологически здоровой личности, является необходимым условием для сохранения и укрепления ее здоровья — физического, психического и духовного.

Мы считаем, что сохранение психологического здоровья возможно через становление толерантных установок по отношению к себе, к другим людям, к окружающему миру, что позволяет сохранить гармонию с самим собой и с окружением.

Важно осознать необходимость новой культуры отношений, построенной на принципах толерантности, которая является неотъемлемым компонентом общей культуры будущего специалиста.

Одной из задач системы образования является развитие способности к толерантному общению как к диалогу, сотворчеству индивидуальностей, взаимообогащающихся в этом диалоге, возникающем на основе принятия друг друга как самоценностей.

В настоящее время на ОДО ИНО КФУ проводится курс «Психология толерантного общения». Курс направлен на формирование установок на конструктивное, творческое взаимодействие, конструктивное разрешение конфликтов, осознание проблем,

мешающих творческому взаимодействию с собой, другим, миром. Развитие способности делать осознанный выбор, в соответствии с которым, имея собственное мнение и позицию, возможно уважение и признание прав другого воспринимать и мыслить иначе, видеть ценность многообразия и готовность строить взаимодействие на основе понимания и учета других точек зрения.

Обращение в курсе к методам активных тренинговых форм позволяет избежать риска сведения содержания феномена толерантности к декларациям на тему важности и нужности толерантности. Практическая работа в группе основывается на принципах гештальта. Широко используются упражнения, направленные на расширение осознания, развития спонтанности и открытости новому опыту. Это позволяет студентам осознать себя как личность гибкую и разнообразную в своих способностях и качествах, что позволяет уйти от жесткости структуры «Я», тех идей, теорий, символов, представлений, созданных о себе и о других, которые часто не являются реальностью и приводят к интолерантному поведению. Реальное «Я» может быть открыто только в собственном опыте, а не что-то, что ему навязывают извне как образец поведения, в следовании которому поведение становится механическим, а реакции автоматическими.

Толерантное общение — общение, в котором осуществляется творческое взаимодействие, способствующее саморазвитию и самоактуализации личности. Расширяя сферу осознания себя, мы создаем условия для реального контакта «Я-ТЫ», опыта переживания себя в толерантном общении. У студентов в процессе работы возникает более глубокое самопонимание, осознание себя и окружающего мира, осознание проблем, мешающих творческому взаимодействию. Все это способствует личностному развитию и росту и является необходимым условием для осуществления конструктивного, творческого взаимодействия.

Впервые к теме толерантного общения как психологического ресурса здоровья мы обратились, когда на базе одной из гимназий города была апробирована программа «Культура толерантного общения». Наша программа направлена на развитие психологической культуры как искусства общения, и толерантного общения как условия реализации позитивных отношений для сохранения психологического здоровья и психологического благополучия личности. Она осуществлялась путем обучения педагогов, которые, в свою очередь, реализовали ее в классах среди учеников.

Толерантное общение — поведенческое проявление психологической культуры, это способность к сотрудничеству, совместной деятельности и успешной самореализации, способствует саморазвитию и удовлетворенности собственной жизнью, что является условием сохранения и укрепления физического, психического и духовного здоровья.

Гефеле О. Ф.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО КАК БАРЬЕР НА ПУТИ СТАНОВЛЕНИЯ И СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ СПАСАТЕЛЕЙ МЧС

Неблагоприятные, а порой и экстремальные условия труда, связанные с ликвидацией последствий таких чрезвычайных ситуаций, как аварий, стихийных бедствий различного генеза и катастроф оказывают существенное влияние на уровень здоровья и профессиональную надежность персонала аварийно-спасательных формирований и служб. Профессиональная деятельность специалистов, осуществляющих помощь людям и аварийно-восстановительные работы в очагах стихийных бедствий и антропогенных катастроф, определяется их особой ролью в ликвидации чрезвычайных ситуаций. Особенности деятельности в очагах катастроф требуют определенного уровня развитых профессиональных навыков. Успешность выполнения спасательных работ зависит как от степени выраженности ряда профессионально важных качеств личности, так и от условий становления и сохранения психологического здоровья.

Во второй половине XX века в связи с увеличением катастроф различной природы, требующих увеличения спасательных работ, стали очень часто упоминать о том, что во время проведения спасательных мероприятий у спасателей участилось развитие травматического стресса, следствием которого является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Травматический стресс — это особая форма общей стрессовой реакции, когда стресс перегружает психологические, физиологические, адаптационные возможности человека и разрушает защиту, он становится травматическим [Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.М., 2004].

ПТСР — явление не редкое и чаще встречается после тяжелых травм, полученных в результате выполнения деятельности. Например, ПТСР как следствие может развиваться во время влияния экстремальной и постэкстремальной ситуации на спасателя в виде отдельных симптомов ПТСР (страх, ужас от увиденного, психовегетативные реакции, отчаяние «невозможности помочь», раздражительность, истощение и т.п.).

У некоторых людей течение ПТСР становится хроническим, а также сочетается с другими психическими и психосоматическими заболеваниями, включая аффективные расстройства, злоупотребление психоактивными веществами и другие виды расстройств, связанных с зависимостью.

Диагноз ПТСР достоверен при длительности клинической симптоматики более одного месяца. Разрыв между происшествием и появлением симптоматики, как правило, не превышает шести месяцев.

Лиц, переживших травматическое событие, можно условно разделить на несколько категорий [Сидоров П.И., Мосягин И.Г., Маруняк С.В., 2008]:

1. Компенсированные личности, которые нуждаются в легкой психологической поддержке на уровне дружеской или семейной.
2. Личности с дезадаптацией легкой степени, которые нуждаются как в дружеской психологической поддержке близких людей и окружения в коллективе, так и в профессиональном вмешательстве психолога и психотерапевта. У них нарушено психофизическое равновесие (в физической, мыслительной или эмоциональных сферах), возможны эмоциональная возбудимость, конфликтность, наличие страхов и другие проявления внутренней дисгармонии. Адаптация нарушена, но при определенных условиях восстанавливается без осложнений. Личности с дезадаптацией средней степени, которые нуждаются во всех видах помощи, в том числе фармакологической коррекции состояния.
3. Личности с дезадаптацией тяжелой степени, которая выражена во всех сферах и требует длительного лечения и восстановления. Это могут быть выраженные нарушения психического состояния, которые требуют вмешательства психиатра, либо физические травмы, приведшие к инвалидизации и сопровождающиеся развитием комплекса неполноценности, депрессии, суицидальными мыслями, либо психосоматические нарушения сложного генеза.

Единой классификации нарушений психики вследствие воздействия стрессов на человека пока нет. Наибольшей популярностью

у психологов пользуется классификация психических состояний дезадаптации, возникающих в экстремальных условиях, разработанная Ю.А. Александровским. В основу этой классификации положен динамический принцип — возникновение пограничных и глубоких изменений постстрессовых состояний в зависимости от этапа (периода) жизненной ситуации; эти изменения проявляются в виде непатологических и патологических расстройств психики [Сидоров П.И., Мосягин И.Г., Марунык С.В., 2008]:

- непатологические невротические проявления (адаптационные состояния);
- психогенные расстройства с непсихической симптоматикой (психогенные реакции, невротические состояния);
- психогенные расстройства с психотической симптоматикой (реактивные психозы — острые и затяжные);
- патохарактерологические расстройства (неврозоподобные, невротические, посттравматические стрессовые; невротическое и психопатоподобное развитие личности и др.).

Одной из важнейших особенностей ПТСР является неотступно повторяющееся переживание травматического события. Это может проявляться как в ярких воспоминаниях, в которых всплывают аффективно окрашенные картины пережитого, так и в навязчивых мыслях о травматическом событии с таким же ярким аффективным сопровождением. Например, у ликвидаторов аварии навязчиво воспроизводились отдельные эпизоды работ в аварийной зоне; у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, страдающих ПТСР, постоянные повторяющиеся навязчивые воспоминания о травматическом событии наблюдались практически в 79% случаев [Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.М., 2004].

Клиническая картина ПТСР заключается в постоянных воспоминаниях о травмирующем событии, настойчивом избегании ситуаций, связанных с напоминанием о психической травме, постоянных признаках гипервозбудимости вегетативной нервной системы и длительности симптоматики более одного месяца. Основные правила оказания помощи при ПТСР включают в себя как психологическую, так и психотерапевтическую помощь.

В связи с чем, становится очевидной необходимость обязательного включения в систему обеспечения надежности профессиональной деятельности спасателей комплекса мероприятий, направленных на профилактику ПТСР, укрепление и сохранение здоровья,

поддержание высокой работоспособности, повышение уровня функциональных возможностей и резервов организма, улучшение профессиональной и социальной адаптации. Сегодня эти мероприятия успешно проводятся в рамках существующей системы психологической коррекции и реабилитации спасателей, которая строится на концепции профессионального здоровья.

Оказание помощи пострадавшим достаточно часто осуществляется в условиях реальной угрозы для жизни и здоровья самих спасателей. Поэтому вопросы их социального обеспечения, медицинской и профессиональной реабилитации нуждаются в неотложном комплексном решении.

Гинзбург И. А.

КУЛЬТУРНО-АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНЦЕПЦИИ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ

Современные научные взгляды на проблему здоровья и здоровой личности предполагают создание устойчивых образцов, или эталонных оснований, как неких общих схем, в соответствии с которыми эти представления структурируются. По мнению О.С. Васильевой, дефиниции, концепции и эталоны представляют собой три уровня обобщения, составляющих своеобразную систему интерпретации феномена здоровья.

В основе любой концепции лежит социокультурный эталон здоровья, как устойчивый и универсальный феномен, отражающий, в-первых, структурный набор константных характеристик здоровья, а во-вторых — содержательный, как результат использования конкретной концепции здоровья в социальной практике. Исследование категории здоровье через постижение общих социокультурных, социально-психологических и индивидуально-личностных детерминант позволяет рассматривать процесс преломления эталонных представлений в психике человека, что, возможно, затрагивает самую сущность явления — поиска уникального индивидуального способа бытия—в—здоровье.

В нашей работе предпринимается попытка осмысления культурно-антропологического контекста, позволяющего изучать смысловое

пространство и его связи, в котором структурируются концепции здоровой личности.

Как отмечает Е.Б. Старовойтенко, культурный процесс, совершающийся на личностном уровне, означает проникновение культурных форм и ценностей во внутреннее пространство личности. В системе психологических наук, связь личности и культуры исследуются кросскультурной психологией, культурной психологией, психологической антропологией. Как правило, «личность» выступает в них моделью усредненного носителя культуры. При соотношении «личностного» и «культурного» доминирует феномен культуры. При изучении культурных влияний на личность подчеркивается роль канонов, установившихся в данной культуре, и недооценивается роль индивидуального уровня в самопознании культуры. Однако, если сместить акценты с «культуры» на «личность», то получает развитие взгляд, удерживающий тему культуры в границах понятия личности. Данное положение создает предпосылки для доминирования таких явлений, как культурные условия индивидуальной жизни, индивидуальное преломление культуры в свойствах и активности личности, что позволяет заострить внимание на индивидуальности личности в культуре, ее активности во внешней и внутренней деятельности.

Предметом рассмотрения данной работы являются вопросы идентификации взрослого человека, его индивидуальной картины здоровья в сложном взаимодействии с социокультурной средой. Характерной чертой сегодняшних исследований является проблема идентичности. Действительно, XX век сделал обыденным явлением неустойчивость положения человека и его образа в собственных глазах, и в глазах других. Непременно, в поле зрения дискуссии попадает национальная, культурная, религиозная идентичность, затрагивающая как индивидуальный, так и групповой уровни. Обсуждение идентичности становится способом разговора на традиционные темы, а также и средством введения новых тем: например, сексуальной, возрастной идентичности и т.п.

По нашему мнению, одним из актуальных и представляющих интерес аспектов, является процесс валеологической самоидентификации человека как проекции реальности здоровья в самосознание человека и соприкосновения особенностей индивидуального психофизического пространства с социальной реальностью современного общества.

Изучение проблемы отношения взрослого человека к своему здоровью показывает, что обязательным фактором является формирование внутренней картины здоровья как особого отношения, выражающегося в осознании его ценности, и активно-познавательном стремлении к его совершенствованию.

Понятие «внутренняя картина здоровья» (ВКЗ), по аналогии с понятием «внутренняя картина болезни» (ВКБ), было предложено В.М. Смирновым и Т.Н. Резниковой в 1983 г. Данную идею описывал В.Е. Каган (1988) и затем в развернутом варианте это понятие рассматривалось В.П. Казначеевым (1996), В.А. Ананьевым (1998), И.И. Маймачуком (2000). В определении В.А. Ананьева: «ВКЗ — это самосознание и самопознание человеком себя в условиях здоровья, определяется как текст, совокупность описаний, мыслеобразов, относящихся к сущностным характеристикам человека». Как отмечают психологи, ВКЗ не является врожденной категорией, она формируется как личностное развивающее начало.

Как отмечает В.А. Ананьев, способность познавать самого себя выражается в умении видеть себя и мир, а также себя в мире; слышать себя и мир, а также себя в мире; чувствовать себя и мир, а также себя в мире. По мнению психологов и валеологов, в отсутствие подлинного валеологического знания и опыта у человека может сложиться искаженное понимание своего здоровья, что ведет к появлению разнообразных форм неадекватного реагирования на здоровье. Данные положения позволяют рассматривать проблему формирования ВКЗ с точки зрения самоидентификации человека, т.е. формирования индивидуальной картины здоровья.

Также распространенным является положение о том, что культура — одна из главных составляющих, участвующих в формировании внутренней реальности человека. В норме культура воспринимается человеком как вдохновляющая сила, побуждающая к творческой активности и самовыражению. Цель такой культуры — преобразование человека, ее воздействие приводит к стимулированию потребности в познании себя, что сопровождается формированием у человека независимой внутренней реальности. С середины XX века активно формируется культура, возникающая как ответ на запросы общества потребления, определяемая понятием массовая культура. По мнению ряда психологов и социологов, такая культура является отраслью экономики, предлагая особую систему ценностей, ориентирует потребителя на определенный, «заказанный извне», вариант потребления. Она

искажает и колонизирует внутреннюю реальность человека (мировосприятие и мироощущение). В ней поиск себя, собственного внутреннего начала, самовыражения подменяется копированием предложенного стереотипа, это приводит к размыванию собственной внутренней реальности. В итоге человек уходит от себя, отделяется от собственной реальности. Человек приучается выделять и оценивать главное не по внутренним, ценностным качествам, а по соответствию внешним, «эталонным».

Как отмечает В.А. Ананьев, формирование ВКЗ для здорового человека более сложная задача, чем для больного, который способен дать субъективную оценку происходящих с ним изменений. Формирование ВКЗ предполагает осознание и идентификацию внутреннего динамического состояния, отождествления себя с образом здорового психосоматического целого, т.е. идентификацию в себе индикаторов предболезни. Важным моментом является создание человеком индивидуальной картины здоровья. На основе знаний и опыта каждый человек вырабатывает для себя особую философию здоровья. Как отмечают специалисты, она включает в себя причины, механизмы развития, признаки самочувствия и, безусловно, доминирующее представление о ступенях продвижения к здоровью.

Рассматривая культуру как специфическую сферу самоопределения человека, необходимо отметить значение понятия рефлексии и места ее в проблеме валеологической самоидентификации. Нам близка позиция понимания рефлексивности через непрерывность антропогенеза. Антропогенетичность человеческого существования здесь понимается как постоянное возобновление обращение к другому, как способ обращения к себе самому и воспроизводство условий этого обращения. Именно в ходе подобного самоотличения, по нашему мнению, и возможно формирование индивидуальной картины здоровья (идентичности человека), в культуре и с помощью культуры предъявляемой себе самому и другим. В данном случае культурные средства не обеспечивают за человека это обращение, но предоставляют такую возможность при обращении к ним.

ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ

«Здоровье — это не все, но без здоровья все — ничто»
Артур Шопенгауер

Состояние здоровья подрастающего поколения привлекает внимание всех граждан. Здоровье детей — важнейший показатель благополучия общества и государства. По определению экспертов ВОЗ, здоровье — это гармония физического, психического и социального благополучия. По мнению И.В. Дубровиной психологическое здоровье относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа, предполагает интерес человека к жизни, свободу мыслей и инициативу, веру в себя и уважение другого, осознание своей индивидуальности, творчество в самых разных сферах жизни и деятельности. Чтобы сделать детей счастливыми, необходимо выстроить приоритеты таким образом, чтобы эффективная забота о здоровье реализовывалась каждодневно как в мелочах, так и в общем укладе жизни.

Приоритетами государственной политики в области образования является гуманистический характер образования, ориентация на духовные ценности жизни и здоровья человека. Одними из главных задач воспитания являются: развитие личности, формирования у подрастающего поколения любви к Отечеству, нравственных ценностей, трудолюбия, нравственного отношения к семье, окружающей природе, достижениям культуре, формирование культуры здоровой жизни.

В настоящее время все более возрастает интерес специалистов различных областей к семье. Интерес к ней связан с той ролью, которую она играет в процессе формирования здоровой личности, следовательно, настоящего и будущего общества в целом. Воспитательный потенциал семьи обусловлен рядом преимуществ. Все лучшее закладывается в семье. В семье складываются представления ребенка о добре и зле, о порядочности, об уважительном отношении к материальным и духовным ценностям. С близкими людьми в семье он переживает чувства любви, дружбы, долга, ответственности, справедливости.

Семейное воспитание органично сливается со всей жизнедеятельностью растущего человека: в семье ребенок включается во все

жизненно важные виды деятельности — интеллектуально-познавательную, трудовую, общественную, ценностно-ориентированную, художественно-творческую, игровую. Отношения привязанности, возникающие в семье, составляют не только основу его будущих взаимоотношений с людьми, но и способствуют снижению чувства тревоги, возникающего у ребенка в новых или в стрессогенных ситуациях.

Дети, растущие в атмосфере любви и понимания, имеют меньше проблем, связанных со здоровьем, общением со сверстниками и, наоборот, как правило, нарушение детско-родительских отношений ведет к формированию различных психологических проблем и комплексов. Кроме того, проблемы, возникающие у детей, влияют на процесс социализации. Обращает внимание тот факт, что количество отклонений в процессе социализации растет. Благоприятные взаимоотношения в семье помогают ребенку войти в мир взрослых, приняв значимые для этого мира ценности и правила.

С целью изучения взаимоотношений детей и родителей проведено исследование. Методика «Незавершенные предложения» позволила выявить отношение детей к родителям. Анализ результатов показал три вида отношений: позитивные детско-родительские отношения (40%) выявлены из ответов: «Мой папа хороший», «Мы с мамой часто готовим» Вика С., «Мама очень любит меня», «Папа меня часто целует» Наташа К.; негативные детско-родительские отношения (10%) выявлены из ответов: «Я счастлив, когда папа не кричит»; эмоциональный дискомфорт в семье испытывают дети (50%), ответившие: «Мама очень любит, когда я себя хорошо веду», «Папа часто меня не слушает».

Методика А.Я. Варга, В.В. Столина показала отношение родителей к своему ребенку. Оптимальные отношения родителей к ребенку (30% семей) показала шкала «кооперация». Родители высоко оценивают способности своего ребенка, поощряют его инициативу и самостоятельность, стараются быть с ребенком на равных.

На нейтральный характер родительских отношений к ребенку (50% семей) показывают шкалы «симбиоз» и «отношение к неудачам ребенка». Родители видят своего ребенка младше по сравнению с реальным возрастом, стремятся удовлетворить его потребности, оградить от трудностей и неприятностей жизни, не предоставляют ему самостоятельности. Отрицательное отношение родителей к ребенку (20% семей) показали шкалы «принятие — отвержение» и «контроль». Родители воспринимают своего ребенка неприспособленным. Требуют от него безоговорочного послушания и дисциплины.

Проведено изучение индивидуальных особенностей, эмоционального благополучия детей дошкольного возраста из разных типов семей. Для исследования импульсивности детей использована методика «Десять отличий». Результаты исследования позволили выделить три группы детей. В первую группу вошли очень импульсивные дети (20%). Для них характерен высокий темп деятельности и повышенная динамика движения. Во вторую группу вошли дети со средним уровнем импульсивности (40%), время реакции которых составило до 30 сек. Для них характерен средний темп деятельности. В третью группу вошли рефлексивные дети (40%), время реакции которых составило от 30 сек и выше. Эти дети внимательно рассматривали картинки, прежде чем ответить. Для них характерен низкий темп деятельности, напряженность.

Для исследования эмоциональности и уровня развития социальных эмоций применялись проективные рисунки «Самое красивое — Самое некрасивое, самое доброе — самое злое» (модификация методики В.С. Мухиной). В ходе исследования выявились повторяющиеся элементы, которые дети использовали в своих рисунках. Самыми распространенными эталонами красивого оказались природа (деревья, цветы, пейзажи), люди (родители, мама, папа дарит маме цветы...), здания (красивые дома, замки и дворцы).

По данным методики «Самое красивое — самое некрасивое», «Самое доброе — самое злое» выделено 4 группы детей. К первой группе отнесены дети высоко эмотивные (20%). Эти дети достаточно хорошо могут выразить свое эмоциональное состояние. Во вторую группу отнесли детей эмоциональных, с открытой формой проявления эмоций, которые, однако, плохо знают нормативную функцию эмоций (10%). Передача задания осуществляется только при помощи цвета: ярко насыщенный в красивом, добром и темного в некрасивом, злом. В третью группу попали дети, которые передавали задание путем правильного использования социальных и эмоциональных эталонов красивого-некрасивого, доброго-злого, но цвет идентичен как в рисунках красивого-доброе, так и в рисунках некрасивого-злого (40%). К четвертой группе мы отнесли детей, чьи рисунки тождественны и по содержанию и по цветовой гамме (30%). Эти рисунки передают эмоциональное состояние самого ребенка в момент рисования. Такие дети не умеют регулировать свое поведение, у них есть определенные трудности в обучении, не проявляют интереса к сверстникам, так как мало эмоциональны.

Анализ взаимоотношений в семье этих детей показал наличие проблем. Исследование с помощью методики «несуществующего

животного» показало, что 30 % детей с высоким уровнем демонстративного притязания, 20 % — дети с высоким уровнем агрессии, они отличаются конфликтным поведением, 50 % — тревожные и неуверенные.

Исследование структуры личности при помощи теста детской апперцепции САТ показало, что анализируя ответы детей, можно выявить основные темы рассказов: одиночество, тревога, конфликт. Анализ результатов исследования позволил выявить взаимосвязь детско-родительских отношений и индивидуальных особенностей личности ребенка.

В неблагоприятных условиях формируются такие качества личности, как тревожность, неуверенность, которые могут привести к отклонениям и трудностям в процессе формирования личности ребенка. Индивидуальные особенности детей, растущих в атмосфере сотрудничества, любви и понимания, помогают детям успешно войти в социальную среду, способствуют формированию психологического и нравственного здоровья подрастающего поколения.

Исходя из выше сказанного, можно отметить, что семья играет большую роль в процессе формирования личности ребенка, его психологического здоровья.

Губин В. А., Петрук С. А.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ЛИЧНОСТНО- АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА

Целью данного исследования было выяснить, по каким личностным характеристикам различаются военнослужащие с высоким и низким уровнем адаптационных способностей.

Для того что бы выявить достоверные отличия между личностными характеристиками у матросов, имеющих высокие и низкие значения по шкале «личностный адаптационный потенциал», были использованы следующие методики и опросники: Многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность», предназначенный для изучения адаптационных возможностей индивида на основе оценки некоторых психофизиологических и социально-психологических характеристик личности, отражающих интегральные особенности психического и социального развития, методика, предложенная

К. Леонгардом, предназначенная для выявления акцентуаций характера, методика диагностики предрасположенности личности к конфликтному поведению К. Томаса, предназначенная для диагностики поведения в конфликтной ситуации, методика диагностики доминирующей стратегии психологической защиты в общении (В.В. Бойко) и проведен сравнительный анализ (табл. 1).

Таблица 1

Оценка достоверности отличий между военнослужащими с высоким и низким уровнем адаптационных способностей

№	Личностные характеристики	Военнослужащие с высоким уровнем адаптационных способностей		Военнослужащие с низким уровнем адаптационных способностей		p
		M	S	M	S	
1	Миролюбие	14,00	7,05	4,33	6,35	0,00
2	Агрессия	1,83	1,54	13,33	9,03	0,00
3	Соперничество	3,22	5,72	14,00	8,44	0,00
4	Гипертимический тип	7,94	3,61	12,67	5,65	0,02
5	Застревающий тип	6,89	2,00	14,00	6,60	0,00
6	Эмотивный тип	14,56	5,64	7,00	1,79	0,00
7	Тревожный — боязливый тип	6,17	2,02	8,28	1,72	0,03
8	Демонстративный тип	7,28	3,59	13,00	3,90	0,00
9	Неуравновешенный тип	6,56	1,65	10,00	5,87	0,03
10	Аффективно-экзальтированный тип	10,61	2,87	6,00	3,85	0,00
11	Коммуникативный потенциал	6,67	1,94	4,67	1,86	0,03
12	Моральная нормативность	6,17	1,37	4,67	1,72	0,04

Примечание: M — средняя арифметическая вычисляемого признака; S — стандартное отклонение показателей; p — уровень достоверности различий.

Данное эмпирическое исследование проводилось с января по февраль 2011 г. на базе филиала ВУНЦ ВМФ ВМА (г. Петродворец). В исследовании принимали участие 38 матросов, которые, на базе филиала проходили профессиональную подготовку по различным техническим специальностям.

Военнослужащие, обладающие высоким уровнем адаптационных способностей (АС), характеризуются стремлением к партнерству и сотрудничеству, готовы идти на компромисс. Для данных военнослужащих является характерным не обострять отношения, как с сослуживцами, так и с вышестоящим командованием (0, 00). Для военнослужащих обладающих низким уровнем АС, для которых, как правило, характерны признаки акцентуаций характера, свойственно выбирать в качестве психологической стратегии защиты субъективной реальности личности — «агрессию». В этом случае при возникновении конфликтной ситуации или же мнимой угрозы для данных военнослужащих свойственна эмоциональная не сдержанность, неконтрольное проявление эмоций, раздражительность (0, 00). Все это, как правило, впоследствии приводит к конфликтам, непониманию данных военнослужащих сослуживцами, нарушению воинской дисциплины и плохому исполнению своих функциональных обязанностей. Военнослужащие с низким уровнем АС, в качестве основной формы поведения в конфликтных ситуациях выбирают — «соперничество» (0, 00). Данные военнослужащие стремятся добиваться удовлетворению своих интересов в ущерб другим, не задумываясь о сослуживцах. В первую очередь, заботясь только о себе. Военнослужащие, обладающие низким уровнем личности — адаптационного потенциала (ЛАП) не надежны. Склонны перекладывать свою вину на других, в тоже время данные военнослужащие легко прощают обиды, не злопамятны. Они подвижны, общительны, любят слоняться без дела (0, 02). Для военнослужащих обладающих низким уровнем АС, характерны чрезмерная подозрительность, обидчивость, стойкость отрицательных переживаний, непринятие чужого мнения, конфликтность. Данные военнослужащие в меру общительны (0, 00). Матросы, характеризующиеся низким уровнем ЛАП, достаточно чувствительны и впечатлительны. Для них свойственно не всегда адекватно реагировать на замечания со стороны командования и сослуживцев. Они отличаются переменчивостью настроения, как правило, мрачны. Для них характерна повышенная эмоциональная реакция на события (0, 00). Респонденты, обладающие низкими показателями АС, склонны

к проявлению отрицательных эмоций, страха, обладают высоким уровнем тревожности, для них характерны повышенная впечатлительность, нерешительность и склонность к длительным рассуждениям (0, 03). Военнослужащие, обладающие низкими показателями ЛАП, неохотно признают собственную неправоту и ошибки, которые они совершили. Они достаточно эгоистичны, жаждут внимания к своей личности. Характеризуются демонстративным поведением, подвижностью и энергичностью (0, 00). Матросы, для которых характерен низкий уровень АС, обладают повышенной импульсивностью, ослабленным контролем над впечатлениями и побуждениями. Склонны, во что бы то ни стало удовлетворять свои желания, вне зависимости от сдерживающих факторов, будь то несение нарядов, приказы вышестоящего командования или же выполнение своих функциональных обязанностей (0, 03). Матросы, обладающие высоким уровнем АС, характеризуются широким диапазоном переживаемых эмоциональных состояний, легко приходят в восторг от радостных событий. В то же время они нуждаются в контроле со стороны командования. Часто спорят, но не доводят дело до открытых конфликтов, так как знают о возможных последствиях (0, 00). Данные военнослужащие легко устанавливают контакты, коммуникабельны, общительны. Характеризуются низким уровнем конфликтности поведения (0, 03). Они реально оценивают положение вещей и свою роль в коллективе. Ориентируются на соблюдение принятых в коллективе социальных норм и правил общения. Соблюдают иерархию подчиненности.

Таким образом, в ходе данного эмпирического исследования было выяснено, что военнослужащим, обладающим высоким уровнем АС, в качестве психологической стратегии защиты субъективной реальности личности свойственно использовать такую стратегию как «миролюбие». Также данные военнослужащие характеризуются высоким уровнем коммуникативного потенциала. В свою очередь, для военнослужащих обладающих низким уровнем АС, характерна выраженность следующих типов акцентуаций характера: гипертимический, застревающий, эмотивный, тревожно-боязливый, демонстративный и неуравновешенный. Также данные военнослужащие в качестве психологической стратегии защиты субъективной реальности личности используют такую стратегию как «агрессия». «Соперничество» — для данных военнослужащих, является наиболее предпочтительной формой поведения в конфликте. Обладают низким коммуникативным потенциалом.

Из вышесказанного можно заключить, что ряд военнослужащих обладающих низким уровнем АС, нуждаются в дополнительном психологическом исследовании и индивидуальной работе с ними, заключающейся в упрощении процесса адаптации.

Гусак Н. Е.

ДОСТУПНОСТЬ ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В УКРАИНЕ*

За последние годы можно отметить целый ряд позитивных тенденций развития украинской системы образования, а именно: повышение общего уровня образования молодежи, особенно женщин; рост количества молодых людей с высшим образованием; участие в международных и отечественных исследованиях по оценке качества образования.

При этом следует отметить, что общие тенденции в сфере образования не отображают данных относительно образования детей и молодежи с инвалидностью. В целом ограниченный доступ детей и молодежи с инвалидностью к образовательной системе Украины является существенным барьером на пути становления их здоровой личности.

Несмотря на многочисленные попытки общественных и государственных организаций внедрить в Украине практику инклюзивного образования, в 2011 г. в стране продолжала функционировать система учреждений для обучения и воспитания детей с «особенными образовательными потребностями». В эту систему входило: 389 специальных общеобразовательных школ и школ-интернатов (в которых обучалось 46,4 тыс. чел.); 484 специальных класса в общеобразовательных учебных заведениях (в которых обучалось 5,4 тыс. чел.); 33 учебно-реабилитационных центра (где образования получали 5,9 тыс. чел.); 65 школ-интернатов санаторного типа (в которых пребывали 14,7 тыс. детей) [Национальный отчет о положении детей и молодежи в Украине, 2011].

* Теоретическое исследование было проведено автором для подготовки аналитических материалов к ежегодному докладу о положении молодежи в Украине (по итогам 1991-2011 гг.) Президенту Украины, Верховной Раде Украины, Кабинету Министров Украины.

Между тем, существующие в Украине специальные образовательные учреждения не в состоянии на сегодняшний день обеспечить доступ к обучению всех детей и молодежи с инвалидностью. Только 55% детей с физической или умственной инвалидностью посещали школы в 2010 году. По состоянию на сентябрь 2010 года в Украине не обучались в системе образования 28 623 детей школьного возраста (6-18 лет) с физической или умственной инвалидностью. Среди них: 33,5% — не обучались по состоянию здоровья, 0,8% — по другим причинам, 0,6% — обучались без получения среднего образования, 65,1% — обучались в специальных учреждениях для детей, которым необходима коррекция умственного развития [Национальный отчет о положении детей и молодежи в Украине, 2011].

Следует отметить, что в большинстве случаев практика обучения в таких учреждениях устарела, поскольку основана на образовательных стандартах, принятых еще в 60-х годах XX века. Еще одним важным барьером на пути к обучению является отношение к таким детям, в частности со стороны учителей. Так, некоторые из учителей в общеобразовательных школах ошибочно считают, что интеграция детей с инвалидностью в общеобразовательный процесс ставит в невыгодное положение других детей, которые не будут получать достаточно внимания со стороны учителей, что отрицательно скажется на их успеваемости [Human Development Report, 2011].

Дети и молодежь с инвалидностью, которые все же получили среднее образование, не всегда могут продолжить свое обучение в высших учебных заведениях и, в лучшем случае, идут обучаться в специальные профессионально-технические учреждения. В отличие от начала 90-х годов XX века, когда профессионально-техническое образование было одним из путей подготовки молодежи к потребностям рынка труда, сегодня в системе профессионально-технического образования идет подготовка к трудовой деятельности преимущественно уязвимых категорий молодежи, прежде всего детей с инвалидностью, сирот и детей, лишенных родительской опеки.

В 2010 году такие дети составляли 30,7% учеников профессионально-технических учебных заведений. Среди них: сироты и дети, лишенные родительской опеки — 4,3%; полусироты — 17,0%; люди с физической и умственной инвалидностью — 1,4%; подростки из малообеспеченных семей — 7,4%; подростки из неблагополучных семей — 2,5% [Human Development Report, 2011].

Большинство профессиональных училищ обучают людей для дальнейшей работы в таких сферах, где возможности трудоустройства ограничены. Соответственно, те дети и молодежь с инвалидностью, которые получили специальное образование в профессионально-технических учреждениях, не могут его применить на практике [Иванова О.Л., 2011].

Если обратить внимание на высшее образование, то образовательная, архитектурная и коммуникационная среда во многих высших учебных заведениях остается неблагоприятной для обучения студентов с ограниченными возможностями, что является основным препятствием для них на пути получения высшего образования.

Одним из университетов Украины, в котором обучаются дети и молодежь с инвалидностью, является Открытый международный университет развития человека «Украина». Опыт их 12-летней работы со студентами с инвалидностью показал, что прежде чем принять на обучение людей с инвалидностью, университет должен осуществить ряд организационных мероприятий. В частности создание специализированной материально-технической базы; создание безбарьерной образовательной среды, в которой помещения, информация, техника и учебный материал доступны для всех студентов; предоставление возможности выбора формы обучения: дневной, заочной, дистанционной, комбинированной; приближение образовательных услуг к местам проживания маломобильных студентов (открытие филиалов, центров дистанционного образования); подготовка адаптированного учебно-методического обеспечения для студентов разных нозологий (аудио-, видео-, тактильных и электронных материалов); переподготовка преподавателей; внедрение специальных информационных и педагогических технологий; адаптация преподавателей и студентов к интегрированной образовательной среде; формирование в коллективе толерантного отношения и понимания проблем людей с инвалидностью; учет индивидуальных особенностей и потребностей студентов; организация психологической поддержки участников образовательного процесса; оказание социальной и медико-реабилитационной помощи; создание условий для социализации, самоопределения и самореализации; организация внеаудиторной деятельности для обеспечения профессиональной адаптации студентов, подготовки их к трудоустройству и планирования их карьеры.

Очевидно, что обеспечение таких условий обучения требует значительных финансовых, материально-технических, человеческих

и других ресурсов, что не в состоянии обеспечить большинство высших учебных заведений.

Если человек с инвалидностью все же получает высшее профессиональное образование, это не гарантирует того, что он будет востребован на рынке труда. Несмотря на обязательства работодателей обеспечить не менее 4% рабочих мест для людей с инвалидностью, последних отказываются нанимать на работу. Бывают случаи, когда таких людей «берут на работу» формально (оформляют им трудовую книжку, платят минимальную заработную плату, но человек при этом не ходит на работу) [Иванова О.Л., 2011].

Сложившаяся ситуация влияет одновременно на людей с инвалидностью и их близких родственников (чаще всего родителей), которые вынуждены большинство своего времени проводить с ними.

Необходимо отметить, что ограниченный доступ детей и молодежи с инвалидностью к образовательной системе Украины является существенным барьером на пути становления их здоровой личности, и влияет на жизнедеятельность их родителей, которые исключены из разных сфер общественной жизни.

Гусейнова А. А.

ВОЗДЕЙСТВИЕ МУГАМА НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛИЧНОСТИ

С древних времен отмечалось, что слушание музыки и игра на инструменте оказывают благотворное влияние на здоровье человека. Великий турецкий энциклопедист Абу Наср аль-Фараби (873-950 гг.) в «Большой книге о музыке» отмечает: «Музыка способствует хорошему настроению, нравственному воспитанию, эмоциональной уравновешенности и духовному развитию... Она полезна и для физического здоровья, ибо когда заболевает тело, то чахнет и душа... Хорошая же музыка, исцеляя душу, возвращает здоровье телу...»

В IX-XIV веках о лечебных свойствах музыки писали прославленные ученые Востока: аль-Фараби, аль-Хорезми, Бируни, Ибн Сина, Сафиаддин Урмави и др. «Отец мугама» Сафиаддин Урмави (XIII в.), впервые разработавший научную теорию этого жанра, писал о благотворном влиянии мугама на здоровье человека. Столетием позже, его

дело продолжил азербайджанский музыковед Абдул-Кадыр Мараги (1353-1433 гг.).

Мугам — вокально-импровизационный музыкальный жанр, развитый на Востоке. По своей идейной значимости и форме его можно отнести к самым великим достижениям человечества. Огромнейшая роль и значимость этого уникального искусства в человеческом обществе в течение многих тысячелетий снискали ему славу таинственного, неземного искусства, ниспосланного нам Богом.

Искусство мугама оказывает большое влияние на психологию человека. Даже неподготовленного слушателя, ничего не знающего об этой музыке, при первом соприкосновении с ней пронизывает до глубины души. На вопрос — как объяснить тот момент, что за рубежом люди, не знающие азербайджанского языка и особенностей национальной музыки, воспринимают мугам очень восторженно и проникаются его лирикой и философией, исследователь мугамов Я. Сеидова ответила: «В этом и кроется феномен мугама, который невозможно раскрыть. Я думаю, что музыка мугама — это нечто божественное... Человек, слушая мугам и проникаясь его мудростью и красотой, чувствует себя легче, богаче, радостнее. Мугам возвышает и оздоравливает дух, совершенствует, облагораживает. Мугам — это другой мир, который можно увидеть и почувствовать, только войдя в него!»

В отличие от других жанров искусства, мугамы передают полную гамму человеческих чувств. Мугамы по силе своего воздействия равносильны синтезу человека, музыки и космоса. Ученые средневековья соотносили мугамы по характеру с четырьмя основными стихиями природы — огнем, землей, водой и воздухом, присущими и человеческим темпераментам. В ранних и средневековых музыкальных трактатах встречаются подробные объяснения этому — огненный, горячий по натуре человек любит соответственно динамичные и жизнеутверждающие по характеру мугамы. Ему не соответствуют мугамы элегического характера, воздушные и мягкие по темпераменту. И наоборот — мягкому, воздушному по нраву человеку не импонируют мугамы огненного характера.

Мелодии мугамов разнохарактерные. Они тесно связаны с восточной поэзией, шедеврами поэтического творчества человечества. В этой музыке сочетаются покой, страсть, экстаз высочайшего накала.

Нежные мелодии мугама, исполняемые на таре и кеманче, успокаивают нервную систему, снимают напряжение, способствуют крепкому сну. Мугам полезен при неврозе, т.к. создает у слушателя спокойный, безмятежный, философский настрой. Считалось, что слишком

печальный мугам может пробудить у слушателя грусть и меланхолию, навести на него тоску и пробудить дурные воспоминания.

Из старинных источников следует, что азербайджанский мугам состоит из разделов (шёбе), каждый из которых по-разному влияет на настроение и самочувствие слушателя: дерамед (песенно-танцевальное вступление) и бердашт (инструментальное вступление) — поэтапно расслабляют и умиротворяют слушателя, майе (импровизация) и тасниф (песня) — полностью успокаивают, иногда вводят в состояние психологического транса, а иногда рожают приподнятое настроение, ренг (танцевальная мелодия) — бодрит, «пробуждает» слушателя и как бы возвращает его «с небес на землю». Свободная метроритмическая структура мугама универсальна, связана с общим течением времени и с натурой исполнителя и слушателя. В одних средневековых музыкальных трактатах встречается упоминание двадцати четырех усулей (ритмических рисунков), соответствующих двадцати четырем часам суток. В других трактатах перечисляются более 65 усулей, которые олицетворяют настроение и состояние души человеческой природы. Здесь говорится, что усули, которые под воздействием природных и магнитных волн космического происхождения изменяются с каждым часом, присутствуют и в человеческом теле. Соответственно, в таблицах древних трактатов говорится, что исполнение каждого мугама должно проходить в определенные часы и дни недели. Соблюдение этого правила помогает лучшему восприятию и воздействию мугама на человека. Средневековые ученые связывают двенадцать основных мугамов (дестяхов) с планетами и зодиакальным кругом. Это еще раз доказывает, что при исполнении музыкантом мелодии мугамов большое значение имеет то, под каким созвездием находится слушатель и творец музыки. В этом случае мугамы более активно влияют на человеческую природу. Вследствие того, что мелодическая структура мугамов базируется на свободной ритмической формуле, в развитии мелодического звучания становится возможным создать любую сферу эмоционального воздействия. Сфера эмоционального воздействия мугамов зависит от пространственного местоположения лада исполняемых мугамов, от целей, стоящих перед исполнителем мугамов, а также от эмоционального состояния и настроения данного исполнителя мугамов. Одним из определяющих факторов эмоциональной сферы воздействия мугамов является то, в каком часу, в каких условиях, в какой день недели исполняется тот или иной мугам.

Рассматривая мугам через призму художественно-эмоционального действия, отметим, что, мугам «Раст» будит в слушателе чувство мужественности и бодрости, «Шур» — веселое, лирическое настроение, «Сегях» — чувство любви и сострадания, «Шуштер» — глубокую печаль и т.д.

В результате многолетних экспериментов современные учёные пришли к выводу, что древние были правы, и правильно подобранные мелодии оказывают сильное психо-эмоциональное, а следовательно, и терапевтическое воздействие на человека. Интерес к мугаму в сфере медицинской науки привел к разработке учеными метода «мугамотерапии», экспресс-метода акупунктурной диагностики на основе прослушивания разновидностей мугама.

Огромный спектр шкалы выразительности, отражающий динамику внутренних чувственно-экспрессивных состояний человека — начиная от глубочайшего раздумья до высочайшего эмоционального подъема, привлекает к использованию мугама многих деятелей культуры и искусства. Так, в фильме «Сталкер» композитор Э. Артемьев использует мугам «Баяты-шираз», ставший неотъемлемой частью звучащего мира фильма А. Тарковского, наполнив внутренним спокойствием и умиротворенностью «это напряженное духовное странствие, путь трех людей к познанию себя» (Т. Егорова). Мугам обладает огромным потенциалом воздействия на психоэмоциональную сферу человека. Однако до высокой сути мугама добраться дано лишь избранным. Эта музыка, несомненно, предполагает наличие в человеке некоего «подтекста», нравственных недр, внутренней чистоты. И только в этом случае можно рассчитывать на отзыв.

Заманова М. А.

КРИТЕРИИ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ

Человек — это, с одной стороны, биологическое существо, наделенное сознанием, обладающее речью, способностью трудиться, познавать окружающий мир и активно изменить, преобразовывать его. Человек, с другой стороны, общественное существо. Это самый важный его признак, так как общественная жизнь и общественные отношения, коллективный труд изменили и подчинили себе его

биологическую, телесную организацию. Социальные науки — вот лишь некоторые из течений в русле которых предпринимаются попытки понять всю сложность человеческого поведения, саму сущность человека.

Сегодня проблема стоит остро как никогда, поскольку большинство серьезных недугов человечества: стремительный рост численности населения, глобальные потепления, загрязнение окружающей среды, ядерные отходы, терроризм, наркомания, расовые предрассудки, нищета — являются следствием поведения людей. Связь организма человека с внешней средой осуществляется в трех мирах: мире квантовых полей и элементарных частиц; мире живой и неживой природы планеты Земля; мире Солнечной системы, Галактики, Вселенной. Каждый из этих миров управляется своими законами и силами, которые специфически влияют на жизнь и здоровье человека. Например, голограмма (энергетический шаблон) человеческого организма подчиняется законам квантового мира. На нее сильнейшее влияние оказывают информационно-энергетические процессы, протекающие в самом сознании человека (мысли, настроение, эмоции и т.п.) и во Вселенной в целом. Физическое тело человеческого организма подчиняется законам и процессам, действующим на планете Земля. Климат, питание, экология, социальные условия — вот главнейшие факторы, влияющие на него. На весь организм человека свое влияние оказывают процессы, происходящие в Космосе. Смена дня и ночи, наступление сезонов года задает определенный ритм жизненным процессам. Различное расположение планет (например, лунный цикл), солнечная активность (вспышки) существенно влияют на жизнедеятельность всех организмов, населяющих Землю. В психологии, кроме понятия человек, употребляется более узкое понятие личность. Личность — это тот же человек, но рассматриваемый только как общественное, социальное существо. Говоря о личности, мы отвлекаемся от биологической, природной его стороны. Здоровье личности — это прежде всего энергия человека, необходимая для реализации его основных жизненных целей, эффективного и своевременного выполнения поставленных задач, активности и стабильности в работе, выносливости, динамичности и коммуникативности, возможности наслаждаться дарами жизни. Для поддержания здоровья личности необходимо помнить и выполнять ряд обязательных правил. Наряду с разумным питанием и физической культурой, организму необходим регулярный отдых, прежде всего спокойный, полноценный сон, хорошая музыка, прогулка,

снимающая усталость. Одним из факторов, препятствующих продуктивной жизнедеятельности человека, является страх. Чувства страха можно и нужно побеждать путем сосредоточения на своей цели и чувства благодарности — благодарности за свою жизнь, здоровье, имущество, возможности, друзей и добрых людей, которые вас любят и уважают. Необходимо чаще думать о благе и радости, которые будут вознаграждением при осуществлении разумной цели, вытесняя, таким образом, чувства страха и беспокойства и способствуя душевному равновесию.

Реакции человека на события и факты, их интерпретация могут вызывать у человека психологическое напряжение, что обуславливает актуальность управления стрессами. Управляя стрессом, мы можем направлять возникшую энергию в созидательное русло. Если стресс контролируется за счет позитивного мышления, он оказывает положительное воздействие на человеческий организм. Им сформулированы правила контроля над стрессом нацеленные на то, чтобы использовать это эмоциональное состояния как позитивный фактор.

Пожалуй, основой душевного, психического здоровья человека является добро.

Конфуций видел в доброте основу благополучия в семье и государстве, также возможность повелевания людьми.

Цель социальной педагогики помогать людям получать большое удовольствие от жизни.

Ильясова Э. Н.

РОЛЬ РАЗВИВАЮЩЕЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ

Сегодня проблема улучшения здоровья участников учебно-воспитательного процесса в информационной образовательной среде рассматривается в качестве приоритетной цели в федеральных государственных образовательных стандартах нового поколения.

В связи с этим наиболее адекватным подходом к обеспечению здоровья человека в системе образования является «здоровьесозидающий» подход, который подчеркивает развивающий и формирующий

характер влияния образовательного процесса на здоровье его участников и реализуется через построение здоровьесозидающей (саногенной) образовательной среды» [Маджуга А.Г., 2010].

На наш взгляд, развивающая информационная образовательная среда является разновидностью здоровьесозидающей (саногенной) образовательной среды.

Под развивающей информационной образовательной средой (РИОС) мы понимаем целостную педагогическую систему, интегрирующую в себе следующие основные модусы: 1) современные (инновационные) образовательные технологии, направленные на формирование интеллектуально-развитой, социально-значимой, креативной личности, обладающей необходимым уровнем профессиональных знаний, умений и навыков; 2) информационные образовательные ресурсы (традиционные и электронные носители информации, компьютерно-телекоммуникационные учебно-методические комплексы); 3) средства управления образовательным процессом; 4) психолого-педагогические условия, способствующие творческому саморазвитию обучающихся и формирующие у них установки на развитие их креативного потенциала.

Следовательно, это среда, в которой будут учтены личностные ресурсы субъектов образовательного процесса, где в качестве главной максимумы в развитии личности выступают её творческие возможности и образовательные потребности.

В качестве базового психологического механизма в процессе проектирования РИОС можно обозначить саногенную рефлексию. В нашем понимании саногенная рефлексия — это вид рефлексии, позволяющий человеку актуализировать свои внутриличностные ресурсы на базе потенциалов здоровья (волевого, креативного, чувственного, общечувственного, физического, интеллектуального, духовного), осуществить коррекцию негативных поведенческих паттернов и выбрать оптимальные программы поведения, которые обеспечивают формирование позитивных социально-психологических установок в различных сферах жизни и деятельности. В связи с этим основополагающим ориентиром в процессе проектирования РИОС будет являться формирование у субъектов педагогического процесса здоровьесозидающей (саногенной) направленности [Маджуга А.Г., Ильясова Э.Н., Сладков С.Н., 2011].

Саногенную направленность мы опрееляем как интегральное личностное образование, являющееся результатом аккумуляирования индивидуального опыта здоровьесберегающей, здоровьесформирующей, здоровьеразвивающей, здоровьетворяющей и здоровьесозидающей деятельности

и обеспечивающее формирование у человека устойчивых ценностно-мотивационных установок на здоровье, здоровый образ жизни и адекватных им моделей поведения, направленных на актуализацию внутриличностных ресурсов и управление своим здоровьем в различных жизненных ситуациях на основе механизмов саногенной рефлексии.

Резюмируя изложенное, необходимо отметить, что развивающая информационная образовательная среда выступает как главное условие здоровьесозидающей направленности педагогического процесса в современной школе. В этой связи одним из важнейших аспектов при формировании РИОС является активизация здоровьесозидающего потенциала личности через: 1) творческое саморазвитие субъектов образовательного процесса; 2) организацию совместно-диалогической продуктивной деятельности, основанной на инновационном программно-целевом управлении и ориентации обучающегося на результат, соответствующий уровню истинного творчества; 3) проектирование диалогового пространства в условиях современного образовательного учреждения; 4) формирование и развитие профессионально-личностной рефлексии учителя.

Таким образом, в развивающей информационной образовательной среде возможно учесть психофизиологические особенности обучения, воспитания и творческого саморазвития субъектов учебной деятельности, создать психолого-педагогические условия, в контексте которых будут приняты во внимание способы структурирования информации в центральной нервной системе человека в различные периоды онтогенеза и учтены психологические особенности творческого саморазвития субъектов образовательного процесса.

Кисличенко К. В.

КАРТИНА МИРА КАК ИНСТРУМЕНТ ПРЕОДОЛЕНИЯ БАРЬЕРОВ НА ПУТИ СТАНОВЛЕНИЯ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ

Говоря о барьерах становления, будет справедливым в первую очередь сказать о картине мира здоровой личности. Ведь для того чтобы пересечь какую-либо границу, сначала нужно понять общую карту местности.

Картина мира современного человека достаточно разрознена. Большая часть информации, полученной за время обучения в школе или институте, у подавляющей части выпускников не подлежит точному системному воспроизведению. И основная проблема в данном случае заключается именно в отсутствии механизма целостного восприятия действительности самого себя.

«Познай себя, и ты познаешь весь мир» — знаменитое изречение семи мудрецов Древней Греции на входе в храм Аполлона в Дельфах в наши дни обретает обратное значение: «Построй картину мира, и ты познаешь себя».

Чем более точной у индивида будет карта мира и отражение себя в нем, тем более эффективно он сможет преодолевать барьеры на пути своего саморазвития и самоактуализации.

Основываясь на данной философии и равняясь на основные направления научной психологии, была создана методика, рассчитанная на испытуемых от 21 до 28 лет, ставящая своей целью в короткие сроки упорядочить индивидуальную картину мира человека, изучая как его внутреннее мироощущение, так и внешнее проявление. Инструменты методики — вербальный тест и синхронная фотосъемка испытуемого. В ходе методики предлагаются три ступени составления индивидуальной картины мира:

Этап 1. Упорядочивание прижизненной памяти.

Испытуемому предлагается заполнить таблицу:

Таблица 1

Прижизненная память

22-28 лет		0-7 лет	
Основной вид занятий	Главное, чему научился	Основной вид занятий	Главное, чему научился
О чем мечтал?	С кем общался?	О чем мечтал?	С кем общался?
15-21 года		8-14 лет	
Основной вид занятий	Главное, чему научился	Основной вид занятий	Главное, чему научился
О чем мечтал?	С кем общался?	О чем мечтал?	С кем общался?

Время заполнения: 30 минут. В ходе выполнения испытуемый действует долгосрочную память в аспектах поведенческой, социальной и экзистенциальной психологии.

Этап 2. Срез времени на момент «Здесь и сейчас».

Испытуемому вновь предоставляется возможность ответить на 16 вопросов, построенных исходя из аспектов социального и экзистенциального самосознания.

Таблица 2

Срез времени на момент «Здесь и сейчас»

4. Мастерство	1. Свойства личности
4.1.-4.4. Навыки, в которых индивид является мастером.	1.1. Девиз. 1.2. Этот девиз близок мне потому, что я... 1.3., 1.4. Два наиболее характерных свойства личности в позитивном и негативном аспекте.
3. Социум	2. Научение
3.1. Герои. 3.2. Учителя. 3.3. Равные. 3.4. Ученики.	2.1. Главное, чему научился за жизнь? 2.2. Чему больше всего хочет научиться? 2.3. Какая специальность получена в ходе профессионального обучения? 2.4. Желаемая работа.

Этап 3. Просмотр фотографий, полученных в ходе заполнения таблицы.

Просматривая сплошной фотосет, полученный в течении часа из 100-200 кадров, основываясь на принципах физиогномики, мимики и жестов, индивид может проследить свои реакции на различные проявления его личности.

Такой подход, основанный на сочетании вербальной и проективной методики, конечно, не дает абсолютной точности в составлении индивидуальной карты мира индивида, но позволяет повернуть жернова механизмов работы психики в процессе самоосознания.

На примере фотографий и стыковки (нестыковки) данных, а также скорости и простоты (трудности) их заполнения можно установить прочность и прозрачность индивидуальной картины мира, выявить сложные места, а значит, и понять, какие именно барьеры нужно преодолевать.

Вместе с тем, методика, будучи целостной, дает представление не только о барьерах, но и о ресурсах и возможностях их преодоления. Такой симбиоз позволяет здоровой личности перейти к проблеме преодоления барьеров стратегически.

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ УГРОЗЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УТОМЛЕНИЯ И ВЫГОРАНИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ В ПРОЦЕССЕ РЕФОРМЫ ВУЗА

Активные социально-экономические изменения в деятельности российской системы высшего образования, его содержательная и техническая модернизация создают разной степени устойчивости психологические трудности для всех субъектов образовательного процесса, особенно для преподавателей и административных работников вуза. Перед ними стоит непростая для многих задача быстро освоить стратегическую позицию в новой профессиональной ситуации, что связано, в первую очередь, с умением самостоятельно формировать цели и задачи своей профессиональной деятельности в условиях двухуровневого образования. Кроме того, преподавателю новой системы важно знать, как минимум, логику и методику работы с научными проектами, понимать принципы и владеть технологией дистанционного обучения, разрабатывать индивидуальную систему контроля качества обучения студентов в рамках своих функций и дисциплин, владеть методическими технологиями разработки практикоориентированных занятий и т.д.

Овладение этими требованиями происходит в условиях наложения новых образовательных функций на старые, по которым продолжается обучение студентов старших курсов. Следовательно, объем профессиональной деятельности и связанные с ним психическая, физическая нагрузки на преподавателя в этот период значительно увеличиваются.

В Адыгейском государственном университете в марте 2012 г. службой мониторинга Центра социально-психологических проблем НИИ было проведено анкетирование преподавателей и административных работников АГУ с целью определения эмоциональных состояний и переживаний, сопровождающих процесс модернизации вуза, в котором приняли участие 50 человек в возрасте 25-60 лет, стаж работы в вузе от 3 до 40 лет.

Наиболее значимыми, трудными, но преодолемыми ситуациями были отмечены такие, как разработка документации по требованиям компетентностного подхода, внедрение системы менеджмента качества (49%). Эти же ситуации в 36% случаев приобретали негативный эмоционально насыщенный характер конфликта

из-за трудноразрешимых противоречий как между коллегами, так и между преподавателями и администрацией. На уровне кризиса, т.е. ситуаций, при которых существующие средства достижения целей становятся неадекватными и требуются кардинальные изменения в сознании и поведении участников, выделены межличностные конфликты, ожидание сокращения численности работников, и несовершенство системы обеспечения перехода обучения на новые образовательные программы в целом (16%).

Среди трудностей, снижающих эффективность выполнения своих обязанностей, преподаватели отметили следующие:

а) организационно-административные: чрезмерный формализм, вал отчетности, дублирование, нарушение дисциплины, отсутствие времени, стихийность и срочность поручений и т.д. (50%);

б) личностные: недостаток опыта, отсутствие мотивации, инертность и т.д. (26%);

в) проблемы межличностного взаимодействия: межличностные конфликты, отсутствие результата в работе коллег и студентов, инертность сотрудников, недостаточный уровень корпоративной культуры и единства в вузе (19%);

г) содержание профессиональной деятельности: отсутствие эффективной системы обучения, недостаточный уровень освоения содержания и требований компетентностного подхода (1%).

При определении доминирующих психических состояний преподавателей (исключая администраторов), переживаемых на начальном этапе реализации новых стандартов, выявлено, что среди них положительные состояния переживают только 26%, и первый ранг занимает удовлетворение от процесса работы. Отрицательные состояния и переживания отметили как доминирующее 74% опрошенных, и чаще всего это усталость, раздражение и разочарование. Интересным представляется тот факт, что состояние равнодушия не отметил ни один из участников опроса.

Сопоставление содержания ответов преподавателей на вопросы о доминирующих трудностях и состояниях позволяет предположить, что в данной ситуации оказывают негативное влияние внешние факторы, способствующие возникновению профессионального утомления и выгорания, отмеченные В.А. Бодровым: сбой организационной системы деятельности вуза, кризис финансирования, снижение эффективности информационного воздействия; их чрезмерная и не всегда оправданная интенсивность [Бодров В.А., 2009].

Если сложившаяся ситуация приобретает устойчивый, длительный характер и отрицательную динамику, то создаются условия для возникновения у участников образовательного процесса, особенно у преподавателей, угрозы психического, эмоционального напряжения, тревоги, развития депрессии, нарушения здоровья, и возможно возникновения синдромов профессионального утомления и выгорания. В результате профессиональное дело может обернуться препятствием для развития личности, закрепить неадекватные профессиональные цели, сформировать отчуждение от самого процесса профессиональной деятельности. Возникнет несоответствие между личностью и работой. Тревожным сигналом-подтверждением является тот факт, что 16% из числа опрошенных преподавателей в той или иной степени испытывают желание сменить место работы. В этой ситуации возрастает актуальность способности преподавателя к саморазвитию, владению методами супервизии и профилактики состояний утомления и чрезмерного эмоционального накала.

Анкетирование показало, что среди факторов и условий, повышающих работоспособность и профессиональную активность, для преподавателей особо значимы такие, как: востребованность результатов деятельности, наличие перспективы, поддержка коллег и администрации, материальное вознаграждение, активность и заинтересованность студентов, самосовершенствование, продуктивная деловая обстановка в коллективе.

Для восстановления своей работоспособности преподаватели наиболее часто применяют такие способы, как активный отдых на природе, общение с друзьями, занятия спортом, смена деятельности, супервизия.

Но этих индивидуальных мер, применяемых стихийно и субъективно, явно недостаточно. Следовательно, параллельно с нововведениями необходимо обеспечить профессиональное социально-психологическое сопровождение адаптации субъектов образования к новой образовательной системе. Его обязательными компонентами должны стать методологические семинары, гибкая система индивидуальных и групповых интерактивных занятий и консультаций.

Цель сопровождения — предупреждение причин и снижение воздействия факторов профессионального выгорания: морально-нравственных качеств (ответственности, дисциплинированности и т.д.), психологических качеств (мотивации, способности, воли и т.д.), профессиональных (подготовленности, опыта, способов трудовой

активности), физиологических (состояния здоровья, адаптированных возможностей, функциональных резервов и др.).

Содержание сопровождения должно быть направлено на преодоление возникших в процессе реформы проблем профессионального самоопределения — осознание и принятие на индивидуальном уровне того, что преподавателю лично конкретно предстоит сделать, что он может и хочет изменить в своем профессиональном пространстве и в каком объеме, и кто может выступать в роли социальных партнеров. Результат — определение преподавателем пространства новой роли, закрепление оптимальных схем успешного профессионального поведения.

Кулганов В. А., Самуйлова Н. Н.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ЭМОЦИЯМИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

В современной психологической науке в качестве одной из предпосылок психического и физического здоровья некоторыми исследователями рассматривается эмоциональный интеллект, как интегративная способность к пониманию и управлению эмоциями [Андреева И.Н., 2008; Boyatzis R., Goleman D., 2000; Ciarochi J., Deane Fr.P., Anderson S., 2002; Salovey P., 2000]. В процессе его актуализации одним из наиболее значимых аспектов является эффективное управление эмоциями. Развитой форме эмоционального интеллекта присуще знание о том, «как изменить своё негативное настроение на позитивное» [Власова О., 2005].

Проблема эмоциональной саморегуляции является одной из важнейших психолого-педагогических проблем, актуальных для развития здоровой личности. Традиционное воспитание обязывает ребёнка и подростка преодолевать страх, раздражительность, отчаяние, сдерживать вспышки гнева. Между тем, внешнее сдерживание эмоций не позволяет снизить интенсивность эмоционального напряжения. Привычка подавлять собственные негативные эмоции делает бессмысленными и неэффективными рефлексии и самоанализ, приносит вред психическому и физическому здоровью. А. Маслоу отмечал, что, избегая сильных эмоций, мы приходим к десакрализации большей

части личных ценностей, к чрезмерной интеллектуализации собственной жизни [Фрейдджер Р., 2004].

Управление эмоциями и чувствами предполагает, в первую очередь, их осознание и контроль над формой их проявления [Рейковский Я., 1979].

Было выдвинуто предположение о том, что способности к управлению собственными эмоциями в юношеском возрасте имеют гендерные различия. Изучению их, а также факторов, оптимизирующих этот процесс, посвящено данное исследование.

Обследованы учащиеся 11 класса гимназии №343 г. Санкт-Петербурга — 34 человека в возрасте 16-17 лет (16 юношей и 18 девушек).

Были использованы шкалы теста эмоционального интеллекта ЭМИн Д.В. Люсина: «ВУ» — управление своими эмоциями и «ВЭ» — контроль внешней экспрессии. Автор данной методики интерпретирует способность к управлению своими эмоциями как возможность и потребность вызывать и поддерживать желательные эмоции и держать под контролем нежелательные. Контроль экспрессии понимается как способность контролировать внешние проявления своих эмоций [Люсин Д.В., 2009]. Также использовали методики, диагностирующие состояние тревожности (опросник исследования тревожности у старших подростков и юношей Ч.Д. Спилбергера, адаптация А.Д. Андреева); агрессивности (опросник Басса-Дарки); методика самооценки эмоциональных состояний (модифицированная методика Дембо) и результаты анкетирования старшеклассников. Диагностику принятия других людей проводили по шкале Фейя. Затем была проведена статистическая обработка результатов исследования.

Не было выявлено гендерных различий по параметрам «Управление собственными эмоциями» и «Контроль внешней экспрессии».

Далее был проведен корреляционный анализ показателей переменных управления эмоциями, психо-эмоциональными состояниями и социальных установок отдельно для мужской и женской выборок.

Для всех учащихся выпускного класса важную роль в овладении своими эмоциями играет познавательная активность. Это позволяет предполагать связь компонентов эмоционального интеллекта с общим интеллектом. Для обеих подгрупп устойчиво выделяется тенденция к управлению собственной тревожностью. При этом стоит отметить, что для юношей это особенно значимо.

Подтвердился тот факт, что девушки стремятся взять под контроль собственные проявления агрессии и чувство вины, что не актуально для юношей. Это подтверждают данные имеющихся исследований о том, что девушки особенно стараются оградить себя от агрессивных проявлений [Архипова Н.А., 2005], тогда как юноши не стремятся справляться с собственной агрессией, а также с переживаниями, связанными с чувством вины. Исследователями ранее уже отмечалось, что фактор пола оказывает сильное влияние на переживание вины: у мужчин оно выражено слабее, и они значительно реже говорят об этом чувстве, чем женщины [Ильин Е.П., 2010; Куликов Л.В., 1997].

Показано, что юноши, способные хорошо управлять своими чувствами, готовы принимать других людей такими, как они есть, с их достоинствами и недостатками. Не исключено также, что сама по себе установка на принятие других помогает им в эмоциональной саморегуляции. У девушек такой взаимосвязи не обнаружено. Для них более значимо такое личностное свойство, как самостоятельность. Самостоятельные девушки качественнее управляют своими чувствами. В свою очередь, возможность управления своими чувствами делает девушек более независимыми.

В мужской выборке более значимый параметр — контроль внешней экспрессии эмоций. Беря под контроль свою экспрессию, юноши лучше управляют своим поведением, легче справляются с тревожностью, гневом и раздражением; более тактичны и гибки в ситуациях межличностного взаимодействия. Следует также обратить внимание на чувство удовлетворения, которое они испытывают от успешного контролирования внешних проявлений своей экспрессии. Об этом свидетельствуют переживания чувства радости, сопровождающие этот процесс. По данным, имеющимся в литературе, эмоциональность (т.е. сила переживаемых эмоций) у мужчин и женщин одинакова. Различна лишь степень их внешнего выражения. Контроль экспрессии имеет большее социальное значение для мужчин, нежели для женщин. Мужчины, способные лучше контролировать собственную экспрессивность, социально адаптивны [Ильин Е.П., 2010].

Выяснено также, что контролируя внешнюю экспрессию, девушки не ставят под контроль тревогу и не улучшают свои коммуникативные способности, а только лишь подавляют у себя гнев, злость и раздражение. Известно, что у женщин существует запрет на выражение гнева [Сальваггио Р., 1996]. Вероятно, для того чтобы продемонстрировать

социально приемлемое поведение, девушкам достаточно контролировать внешние проявления своих негативных эмоций.

Учёт выявленных в результате данного исследования гендерных особенностей эмоционального переживания и контроля над эмоциями позволит школьному психологу более эффективно выстраивать психологическое сопровождение выпускников, их педагогов и родителей.

Кулганов В. А., Трубилко М. А.

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ СТАТУСА ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННЫХ ПЯТИКЛАССНИКОВ

По мнению современных ученых, статус здоровья человека изменяется в течение жизни благодаря ген-средовому взаимодействию, т.е. влиянию как наследственных характеристик, присущих человеку, так и его отношений с окружающей средой [Каменская В.Г., 2007] Одним из решающих факторов, определяющих направление динамики здоровья, является качество жизненных стрессов и реакции личности на стресс.

Отечественные и зарубежные исследователи не раз отмечали высокую вероятность возникновения стресса у учащихся школ: «Школа может стать источником значительного стресса для ребенка, что повлияет на его учебу и здоровье» [Левис Ш., Левис Ш.К., 1996].

В настоящее время мы также очень часто говорим о школьной дезадаптации, т.е. «о невозможности обучения и адекватного взаимодействия ребенка с окружением в условиях, предъявляемых ему той индивидуальной микросоциальной средой, в которой он существует» [Иовчук Н.М., Северный А.А., Морозова Н.Б., 2006]. Это комплексная характеристика зависит от многих факторов: социального — специфики тех условий, в которых протекает жизнедеятельность ребенка; возрастного — особенности того или иного возрастного периода, которые нельзя не учитывать при анализе ситуации; наконец, от соматического (физического) — совокупность специфических особенностей здоровья ребенка.

Современный ребенок обучается в школе на протяжении одиннадцати лет. Безусловно, каждый период школьной жизни по своему интересен для исследователя. В данном случае речь пойдет

о пятиклассниках. Современные исследователи считают, что в этот возрастной период уже начинают закладываться основы и проявляться элементы подросткового кризиса. На фоне смены привычных школьных условий в этом возрасте начинают происходить изменения на личностном уровне. Подобные факторы создают предпосылки для появления нарушений во взаимодействии личности школьника и среды, для возникновения школьного благополучия.

Основной целью исследования было выявление особенностей и характера взаимосвязи между показателем «группа здоровья» и такими параметрами, характеризующими эмоционально-личностную сферу ученика, как «личностная тревожность» и «эмоциональная стабильность / нейротизм».

Обследованы учащиеся пятых классов в возрасте 11-12 лет гимназий Санкт-Петербурга. Общая численность участников исследования составила 75 человек. Из них 43 девочки и 32 мальчика. Следует отметить, что, несмотря на статус «гимназии», никакого специального отбора при поступлении в данное образовательном учреждении не проводится.

В качестве методического инструментария использовались три методики:

1. Шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера — Ю.Л. Ханина. В данном случае мы акцентировали внимание только на определении личностной тревожности в ситуации оценки как устойчивой характеристики личности.

2. Личностный опросник Г. Айзенка на оценку выраженности экстра-, интроверсии и нейротизма в модификации для подростков. Параметр «эмоциональная стабильность / нейротизм» обозначает стабильность / нестабильность, предрасположенность к психопатологии в эмоциональной сфере.

3. Анализ медицинских карт учащихся для определения их группы здоровья.

Данные медицинских документов распределили школьников по трем категориям, в соответствии с тремя группами здоровья. Первая — школьники, у которых отсутствовали хронические заболевания, небольшие или редко болевшие за период наблюдения и имеющие нормальное, соответствующее возрасту физическое и нервно-психическое развитие — 17%. Вторую группу составили учащиеся, не страдающие хроническими заболеваниями, но имеющие некоторые функциональные и морфологические отклонения, а также часто или

длительно болеющие — 56%. Третья группа объединила тех, кто имеет хронические заболевания или врожденную патологию в состоянии компенсации с редкими и нетяжело протекающими обострениями хронического заболевания, без выраженного нарушения общего состояния и самочувствия (больные в состоянии компенсации) — 27%.

Параметр «личностная тревожность» позволяет говорить о трех степенях выраженности данного качества. Высокая личностная тревожность была выявлена у 21% учащихся, умеренная тревожность (норма) — 60%, низкая тревожность — 19%.

По параметру ««эмоциональная стабильность / нейротизм»» были получены следующие данные. Нейротизм присущ 63% школьников. Эмоциональная стабильность встречается у 37%.

Для того чтобы установить корреляционную зависимость между параметрами, нами использован самый простой, с математической точки зрения, и известный метод, который предполагает линейную связь выбранных для исследования величин. Мы продемонстрируем, что такая связь действительно наблюдается, а исследуемая зависимость оказывается линейной с хорошей степенью точности. Решение этой задачи может быть получено с помощью известного статистического метода наименьших квадратов.

В случае зависимости параметра «личностная тревожность» от группы здоровья учащегося искомым коэффициент корреляции $r=0,137$. В случае зависимости параметра «нейротизм» от группы здоровья учащегося искомым коэффициент корреляции составит $r=0,268$. Так как полученный коэффициент попадает в допустимый предел от -1 до 1 , то можно сделать вывод, что корреляционная зависимость между двумя параметрами в обоих исследуемых случаях существует.

На основании полученных данных можно сделать следующие выводы:

1. Группа здоровья, как количественное выражение комплексного понятия «здоровье», может оказывать влияние не только на параметры, характеризующие физиологические аспекты развития школьника, но и характеристики эмоционально-личностной сферы ученика.

2. Чем выше численный показатель группы здоровья учащегося (т.е. чем более склонен ребенок к заболеваниям), тем выше показатели по параметру «личностная тревожность».

3. Чем выше численный показатель группы здоровья учащегося (т.е. чем более склонен ребенок к заболеваниям), тем с большей вероятностью выражен нейротизм в эмоциональной сфере.

Одной из важнейших жизненных задач является наиболее полное раскрытие жизненного потенциала конкретной личности (полная готовность человека к решению жизненных задач, соответствующих возрасту) [Татарникова Л.Г., 2002]. Осуществимость жизненного потенциала может быть представлена через реализацию совокупности присущих человеку витальных сил. Учитывая особенности возможных рисков, возникающих на том или ином отрезке жизненного пути, можно наиболее полно построить благоприятную линию развития личности.

Курганская В.Д.

ДЕТСКИЙ ТРУД В КОНТЕКСТЕ ПРОБЛЕМ ТРУДОВОЙ МИГРАЦИИ В КАЗАХСТАНЕ (ПО МАТЕРИАЛАМ ПРИКЛАДНОГО СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Миграционные процессы являются реальностью не только для нашей страны, но и для всего мира. Трудовые миграции являются определяющими в общей совокупности территориальных перемещений. Миграция рабочей силы представляет собой процесс перемещения трудовых ресурсов из одной страны в другую с целью трудоустройства на более выгодных условиях, чем в стране происхождения.

Согласно Конвенции о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей, принятой Генеральной Ассамблеей ООН в резолюции 45/158 от 18 апреля 1990 г., «...термин «трудящийся-мигрант» означает лицо, которое будет заниматься, занимается или занималось оплачиваемой деятельностью в государстве, гражданином которого он или она не является».

Законный иностранный трудовой мигрант — работник, имеющий разрешения на въезд в страну, на пребывание в ней в течение определенного срока, на трудовую деятельность. Если одно из этих требований нарушено, мигрант считается незаконным. Под нелегальным трудовым мигрантом мы понимаем работника, который пребывает в стране и занимается трудовой деятельностью с нарушением всех требований.

Несмотря на то, что Правительства стран, принимающих мигрантов, в том числе и Казахстана, стремятся в соответствии

с потребностями своих экономик в рамках национальных законодательств упорядочить миграционные процессы и ввести их в легальное русло, основная часть иностранной рабочей силы привлекается через незаконное трудоустройство. Ее неконтролируемая деятельность оказывает существенное влияние на состояние рынка труда, сферу предоставляемых платных услуг, уровень сбора налогов. При этом наблюдается нарушение прав и самих трудовых мигрантов.

Особо важной и сложной проблемой, имеющей отрицательное влияние на развитие человеческих ресурсов, является бесконтрольное использование труда детей мигрантов, вовлеченных в трудные и тяжелые виды труда, наносящие вред их физическому развитию и психологическому состоянию.

Детский труд в наихудших формах имеет место в индустриальных и непроизводительных сферах экономики, в сельском хозяйстве, в торговле, в неформальной экономике всех цивилизованных стран, хотя в их законодательстве, в том числе и Казахстана, за это предусмотрена уголовная и административная ответственность. Если дети у себя на Родине хоть в какой-то степени защищены национальным законодательством, и к работодателям, его не соблюдающим, даже если они являются родителями детей, могут быть приняты какие-либо меры, то труд детей мигрантов вне своей страны остается вне правового поля.

В последнее время Правительствами некоторых стран, участвующими в миграционных процессах, был создан Совет по миграционной политике при Интеграционном Комитете ЕврАзЭС. В мае 2008 г. на его заседании были утверждены первоочередные направления деятельности Совета на 2008-2010 гг. В них входит создание межгосударственного банка данных о трудящихся мигрантах — гражданах ЕврАзЭС и Евразийского центра трудовой миграции, запланировано издание информационного сборника «Евразийский миграционный вестник». Однако вопрос о контроле над использованием детского труда на межгосударственном уровне пока что не выносился.

Между тем неправительственные организации — профсоюзы, национально-культурные центры, правозащитные организации — стремятся найти выход из сложившегося положения. Так, например, аграрные профсоюзы Казахстана и Киргизии договорились сотрудничать в защите трудовых мигрантов, при этом особенно выделяя защиту прав детей, а киргизский национально-культурный центр Жамбылской области не только пропагандирует культурное

наследие своего народа, но и обеспечивает защиту прав и законных интересов граждан Республики Кыргызстан на территории Республики Казахстан. НКЦ согласно поправкам в свой Устав может представлять интересы граждан Кыргызстана в государственных и правоохранительных органах, в миграционной службе, органах внутренней безопасности, прокуратуре, таможенном контроле, в судах и паспортных столах. Также в устав НКЦ был введен пункт, способствующий решению социальных проблем мигрантов: жилищных, образовательных, медицинского обслуживания и других. При этом активисты НКЦ указывают на сложности защиты прав детей мигрантов — невозможность устройства в школы из-за отсутствия языковой базы для киргизских детей, бесплатного медицинского обслуживания — из-за отсутствия медицинских страховок.

Дети-мигранты, прибывшие из других государств, имеют право на получение бесплатного среднего образования только при наличии у родителей вида на жительство из миграционной полиции, либо регистрации с указанием сроков пребывания. Необходимо собрать также стандартный пакет документов, в который входят: копия свидетельства о рождении, фотографии, справка с места жительства, с места работы, копии родительских документов, медицинская карта ребенка, табель успеваемости в каждом классе, заявление родителей о приеме ребенка в школу. Становится понятно, что дети трудовых мигрантов даже по субъективным причинам могут быть не приняты в казахстанскую школу.

Совершенно очевидно, что приезжающие на заработки трудовые мигранты вовлекают своих детей в тяжелую трудовую деятельность по причине необходимости элементарного выживания своих семей, поэтому удел их детей — опасный тяжелый труд в низкодоходных секторах и производствах. Уже сейчас половина детей не учится и у себя на родине, а значит остается обреченной на бедность и нищету.

Низкая квалификация из-за отсутствия доступа к качественному образованию не позволяет этим детям по мере взросления быть востребованными на рынке труда, а следовательно, существенно ограничивает их возможность повысить свой социальный статус. Практически у детей трудовых мигрантов детства в его цивилизованном понимании нет.

Пилотажное исследование «Особенности труда детей мигрантов в Казахстане», проведенное нами по инициативе Международной организации труда и Детского фонда Казахстана, выявило весь трагизм положения детей трудовых мигрантов на казахстанском рынке труда.

Проживая в далеких от санитарно-гигиенических норм бытовых условиях, не посещая школу, не имея доступа к бесплатным, а порой и платным медицинским услугам, имея ненормированный рабочий день, дети не только теряют свое физическое здоровье, но и не получают необходимых навыков для развития и совершенствования своих творческих, познавательных и личностных способностей. Студии детского творчества, конкурсы, фестивали, экскурсии, путешествия, спортивные соревнования, летние лагеря и школьные походы — то, чем запоминается детство для детей обеспеченных родителей, — этим детям остаются недоступными.

Как представляется, детский труд будет востребован до тех пор, пока мигранты не станут зарабатывать достаточно средств на содержание семей у себя на родине. Однако стагнация в хозяйственной жизни посылающих стран пока не дает оснований надеяться на экономическое возрождение или хотя бы экономический рост, который бы мог снизить уровень безработицы и бедности в центральноазиатском регионе.

Службы как посылающей, так и принимающей мигрантов стран, призванные стоять на защите интересов детей трудовых мигрантов, не решают по ряду причин их проблемы. Неправительственные организации могут в какой-то мере и лишь в отдельных случаях снизить их остроту на локальном уровне.

Эксперты должны вынести проблему рисков труда детей мигрантов на межстрановой уровень и искать пути ее решения. Поскольку запретить труд детей мигрантов невозможно, и родители вынуждены использовать труд детей, необходимо разработать программу поддержки таких детей в Казахстане.

Маджуга А. Г.

ЗДОРОВЬЕСОЗИДАЮЩИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ: СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ СУБЪЕКТОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА КАК РЕСУРСОМ

Актуальность исследования обусловлена тем, что сложившаяся на сегодня мировоззренческая, экономическая, экологическая и политическая обстановка серьезно изменила цели, содержание и функции образования, которое выступает важным фактором социальной стабильности,

преемником культуры, инициатором сохранения нравственного, физического и психического здоровья молодежи.

Формирование личности, способной к реализации своих возможностей, здоровой, социально устойчивой, адаптированной к условиям жизни и счастливой — вот главная цель и критерий успешности современного образования. В связи с этим в контексте нашего исследования особый интерес представляют концептуальные подходы к построению системы здоровьесозидающего менеджмента в условиях современной школы.

Основываясь на традиционном понимании менеджмента, рассмотрим сущность здоровьесозидающего менеджмента образования. *Здоровьесозидающий менеджмент образования* предполагает создание условий, обеспечивающих активизацию внутриличностных ресурсов субъектов образовательного процесса, и максимально эффективное использование здоровья как ресурса, которым можно управлять.

Основная цель здоровьесозидающего менеджмента образования — достижение высокой эффективности образовательного процесса, направленного не только на сохранение, формирование и укрепление здоровья субъектов педагогического процесса, но и на приращение. Приращение здоровья связано с формированием у субъектов образовательного процесса установки на активизацию внутриличностных ресурсов. К основным функциям здоровьесозидающего менеджмента образования мы относим следующие:

- планирование здоровья обучающихся и организация здоровьесозидающей образовательной среды в условиях современной школы;
- мотивация субъектов образовательного процесса на активизацию внутриличностных ресурсов в отношении своего здоровья и здоровья других людей;
- построение вербальных и невербальных коммуникаций, обеспечивающих проявление созидательной активности субъектов образовательного процесса;
- управление здоровьем как ресурсом;
- процессы разработки и принятия решений в отношении своего здоровья и здоровья других людей;
- контроль за состоянием своего здоровья, переходящий в самоконтроль.

Взаимосвязь этих функций определяется тем, что нельзя управлять здоровьем без четкой организации, то есть чем лучше

самоорганизован каждый субъект образовательного процесса, тем меньше оно нуждается в управлении со стороны.

Необходимо отметить, что здоровьесозидающий менеджмент образования способствует формированию поведенческих паттернов у субъектов образовательного процесса, которые связаны с высоким уровнем созидательной активности личности и её готовности к самоорганизации здоровьесозидающей деятельности.

Проектирование педагогической системы с названным ориентиром требует такого структурно-целостного осмысления образования, которое основывается на изучении специфики его компонентов (воспитание, обучение и развитие), а также связей между ними, в совокупности обеспечивающих достижение проектируемого здоровьесозидающего эффекта.

Одним из действенных способов построения и внедрения здоровьесозидающего менеджмента образования в педагогический процесс образовательных учреждений различного типа является разработка и реализация педагогической концепции здоровьесозидающей функции образования.

Проведенный анализ сложившихся трактовок понятия «здоровьесозидающая функция образования» убеждает в его недостаточной теоретико-педагогической разработанности [Дыхан Л.Б., 2005; Колбанов В.В., 1999; Малярчук Н.Н., 2007; Полетаева Н.М., 2004; Солдатова Т.А., 1997; Татарникова Л.Г., 1999 и др.]. Так, установлено, что здоровьесозидающая функция образования отождествляется то с направленностью образования на решение задач сохранения, формирования и укрепления здоровья, то с определенным характером обучения, способным поддерживать наличный уровень здоровья субъектов образовательного процесса, то с отдельно рассматриваемыми принципами валеологизации в образовательных системах школы и вуза.

На наш взгляд, *здоровьесозидающая функция* характеризуется таким способом реализации всех компонентов обучения, воспитания и развития в их единстве, который обуславливает здоровьесозидающую деятельность субъектов образовательного процесса, целенаправленно обеспечивающую достижение планируемого уровня здоровья педагогов и учащихся и формирование у них здоровьесозидающей личностной позиции. Названная функция образования заключается в формировании у субъектов педагогического процесса опыта здоровьесозидающей деятельности и мотивации к активному поиску

оптимальных стратегий, направленных на актуализацию своего здоровьесозидающего потенциала и организацию собственного здорового образа жизни, в ориентации учащихся на конструирование собственного здоровья на основе механизмов личностной самоактуализации и самореализации.

Опираясь на известное определение субъектности как авторства собственной жизни, возможности быть причиной самого себя, в целом можно констатировать усиление роли субъектного подхода в понимании здоровья человека. Представленное выше позволяет предположить, что среди многообразия понятий, характеризующих деятельность субъектов образовательного процесса по обеспечению собственного здоровья, наиболее оптимальным, является понятие здоровьесозидающая деятельность. Субъектность, будучи ядром человеческой субъективности, служит основанием для деятельности по охране и укреплению здоровья от репродуктивного (здоровьесбережение) к продуктивному содержанию (здоровьесозидание).

Следует отметить, что негативные результаты образования можно преодолеть путем формирования у ребенка ответственного отношения к самому себе: к своему телу, душе и разуму на уровне готовности к здоровьесозидающей деятельности. Эта готовность должна складываться из потребности (хочу) быть здоровым; из способности (могу) строить отношения с самим собой и окружающим миром; и решимости (буду) жить по природосообразным законам. Именно поэтому целесообразно переосмыслить учебно-воспитательный процесс с позиции здоровьесозидания. Для этого все педагоги должны владеть технологиями формирования у школьников опыта сохранения, укрепления и приращения здоровья.

Таким образом, стратегию реализации здоровьесозидающего менеджмента в образовании можно сформулировать следующим образом: от овладения основными навыками образовательной деятельности через самопознание, смысловтворчество и самосовершенствование к самоопределению в отношении к здоровью, выработке здоровьесозидающей личностной позиции и освоению индивидуальных технологий оздоровления.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ РЕАГИРОВАНИЕ МАТЕРИ, КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА ПЕРВЫХ ДВУХ ЛЕТ ЖИЗНИ*

Средой развития ребенка в раннем онтогенезе является мать. Первую часть этого периода ребенок проводит в утробе матери, и материнский организм полностью обеспечивает все условия, в которых существует и развивается плод. После рождения ребенок связан с матерью физиологически и психически. В первые три года жизни влияние матери на его развитие практически перекрывает все остальные факторы, в дошкольном возрасте остается ведущим, а позднее — неравномерным, по отношению к различным аспектам физического и психического развития ребенка [Филиппова Г.Г., 2004]. Именно поэтому задача повышения уровня здоровья детей в период адаптации ребенка к детскому саду должна решаться совместными усилиями дошкольного образовательного учреждения и родителей.

Нами было проведено исследование, которое позволило получить данные об особенностях здоровья детей от рождения до двух лет, а также выявить зависимость последнего от эмоционального реагирования их матерей.

Экспериментальное исследование проводилось на протяжении четырех лет. В нем принимали участие две возрастные категории детей раннего возраста. Всего обследовано 100 детей, из них 48 девочек и 52 мальчика, а также их матери в количественном составе 100 человек.

Наши данные показали, что практически все дети при рождении имели тот или иной диагноз (дети первого года жизни — 90%, второго года жизни — 96%). Но уже к концу первого года жизни диагнозы были сняты у 40% детей, а на втором году жизни — у 60% детей. Подобная статистика объясняется тем, что наиболее распространены заболеваниями, обнаруженными у детей во время их пребывания в родильном отделении, являются внутриутробная гипоксия и физиологическая желтуха.

Мы выявили прямую связь между числом неблагоприятных факторов перинатальной патологии матери, действующих

* Работа поддержана грантом РГНФ 12-16-48010.

в антенатальный (внутриутробный период) и интранатальный периоды (неблагоприятные факторы, действующие в период родов), и числом диагнозов, поставленных ребенку первого года жизни участковым педиатром. Это лишний раз подтверждает известный факт, что особенности развития ребенка в утробе матери реализуются в дальнейшем в специфике здоровья ребенка первого года жизни. Такой связи не наблюдается у детей второго года жизни, что обусловлено тем, что качественный уход и пластичность нервной системы ребенка первого года жизни позволяют компенсировать многие проблемы.

Деление факторов перинатальной патологии по срокам воздействия позволило выявить влияние только антенатальных и интранатальных факторов. В данном случае результаты соответствуют логическим рассуждениям, согласно которым кислородная недостаточность плода в связи с проблемами здоровья у матери ведет к отставанию в развитии и патологическому развитию плода.

Особенностью наших данных является дифференцированный анализ влияний факторов антенатальной и интранатальной патологии матери на мальчиков и девочек. Более того, показано, что здоровье мальчиков второго года жизни более независимо от этих показателей, чем у девочек.

Можно предположить, что это объясняется следующим обстоятельством. Дети развиваются в утробе матери под воздействием большого числа материнских гормонов. Именно поэтому в задачу плода мальчика входит пройти ключевые моменты формирования центральной регуляции несколько раньше, чем это происходит у девочки. За это отвечают гены Y-хромосомы мальчика [Николаева Е.И., 2008]. Более независимый от женских половых гормонов системогенез мальчика способствует и большей независимости его от гормональных изменений в период вынашивания. Возможно, что женские половые гормоны в утробе матери, с одной стороны, делают мужской плод более уязвимым, что ведет к большей вероятности гибели мальчиков до рождения, но после рождения делает его здоровье более независимым от внутриутробных условий.

Следующим этапом исследования был анализ ритма сердца матерей при припоминании и вербальном воспроизведении ими приятных и неприятных ситуаций, связанных с детьми. Необходимость подобного анализа объяснялась потребностью описать вклад особенностей эмоционального реагирования матери в выздоровление ребенка. Лечение ребенка осуществляет врач, который предлагает матери

необходимые действия для улучшения состояния ребенка. Именно мать приносит ребенка к врачу и сообщает о том, что, с ее точки зрения, может отражать улучшение или ухудшение состояния здоровья ребенка. Очевидно, что способность матери видеть и уметь переводить в слова результат своего видения крайне значима для выздоровления ребенка [Николаева Е.И., 2006]. Подобная способность может быть выявлена через оценку эмоционального реагирования матери в экспериментальной ситуации при определении ее уровня привязанности и через описание эмоционального интеллекта.

Наши данные позволили показать, что чем выше эмоциональный интеллект матери, тем более вероятно, что она расслабляется при припоминании приятных ситуаций и напрягается при припоминании неприятных. Чем менее ригиден (менее вариативен) ее сердечный ритм, тем более разнообразно ее поведение и более ответственные решения принимает она при уходе за ребенком.

Данные относительно уровня привязанности ребенка к матери первых лет жизни [Верещагина Н.В., Николаева Е.И., 2009] обнаруживают небольшое число матерей с высоким уровнем безопасной привязанности. При этом нами не выявлены матери, не заботящиеся о своих детях. Это легко объясняется, поскольку обследование могли пройти лишь те матери, которые имели искреннее желание узнать о своих отношениях с ребенком.

Наши данные подтверждают полученные ранее результаты [Ainsworth M., 1983; Booth-Laforce e.a. C., 2006] о том, что тип привязанности матери не меняется с возрастом детей. Крайне важным является факт, что именно уровень принятия матерью ребенка отражается в росте вероятности снятия диагноза, полученного в роддоме. Безусловно, принятие матерью больного ребенка обеспечивает эффективный уход за ним и скорейшее выздоровление.

Результаты, полученные в ходе анализа опросника ЭМИн [Люсин Д.В., 2006], свидетельствуют о небольшой разнице в эмоциональном интеллекте матерей детей первого и второго года жизни: последние лучше контролируют собственные эмоции. Поскольку большинство обследуемых матерей имели первого ребенка, то данное различие просто объясняется разным опытом. Чем больше этот опыт, тем в большей мере матери контролируют свои эмоции; чем выше понимание чужих эмоций, в частности эмоций ребенка, тем спокойнее мать при припоминании эмоциональных событий, связанных с ребенком.

Более того, выяснилось, что именно спокойное отношение матери при припоминании ею эмоциональных событий является предиктором (прогностическим фактором) скорого улучшения здоровья ребенка первых двух лет жизни. Если мать может по прошествии времени взвешенно отнестись к ранее проблемному событию, она может эффективнее решать поставленные перед нею задачи, в том числе и задачи по восстановлению здоровья ребенка.

Высокие показатели эмоционального интеллекта соответствовали высоким уровням привязанности и в частности высоким значениям по шкалам «оперативность — вмешательство» и «поддержка — игнорирование».

В эмоциональном интеллекте фиксируется способность человека вербализовать свои и чужие переживания. Способность вербализовать предполагает умение человека осознавать происходящее с ним и с окружающими. Чем выше способность матери осознавать свои эмоции и эмоции ребенка, тем легче справляется она с процессом воспитания, тем большее удовольствие получает она при взаимодействии с ребенком.

Таким образом, забота и внимание, которые ребенок получает в первые семь лет жизни, и особенно в первые три года, имеют решающее значение для его роста и нервно-психического развития и оказывают влияние на всю его дальнейшую жизнь.

Морозов А. В.

К ПРОБЛЕМЕ СООТНОШЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО И ДУХОВНОГО В ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ

Энергетический уровень людей в последние годы резко повысился. То, что раньше достигалось годами упорного труда, в современных условиях стало достижимым за несколько месяцев. Возможности человека выросли так, как меняются возможности тракториста, пересевшего за штурвал новейшего истребителя. Но если психология осталась психологией тракториста, а не лётчика, правильно воспользоваться этими возможностями будет весьма затруднительно.

Психологическая подготовка человечества резко отстаёт от его энергетических возможностей. Это, в свою очередь, ведёт

к деградации, к тому, что человечество, по сути, находится сегодня в режиме самоуничтожения. Плоды этого мы уже видим вокруг.

В чём причина трагического несоответствия нынешней психологии человека реальностям окружающего мира? Всё дело в том, что психология современного человека западной цивилизации (а к ней принадлежит достаточно большая часть всего человечества) — это психология прагматизма. Основной акцент в ней делается не на накопление информации, а на её реализацию. Именно поэтому нерезультативный, малоприбыльный процесс осмысления мира, создания новых понятийных и этических структур выпадает из общей цепочки. Тяжёлому, длительному процессу постижения предпочитают готовые рецепты с максимальным практическим эффектом.

Почему же некоторые люди оказываются не в состоянии приспособиться к требованиям окружающего их социума и эффективно функционировать в нём?

В последние годы много говорят о здоровом образе жизни. Особенно актуальна в последнее время стала проблема здоровьесберегающих технологий. В процессе межличностного взаимодействия, в пожеланиях друг другу тема «здоровья» звучит с особым смыслом. Вне всякого сомнения «качество жизни» современного человека напрямую связывается не только и не столько с уровнем его благополучия, сколько с состоянием его личного здоровья. Да и какое благополучие может быть у человека, у которого нет здоровья? Так от чего же зависит наше здоровье? Какие факторы имеют определяющее значение?

По всей видимости, только получив адекватные ответы на эти вопросы, поняв истинный смысл своего существования, человек сможет найти правильный путь к повышению качества своей жизни.

Каким же образом можно помочь людям уменьшить разрушающее воздействие на собственное психическое и, соответственно, физическое здоровье, оказываемое недостаточно адаптивным поведением, отсутствием необходимой компетентности, а главное, достичь, при этом, позитивных личностных изменений?

С помощью терапевтического воздействия у человека появляется возможность переоценить и изменить многие аспекты своей личности и поведения, представления о себе, стиль межличностных отношений, познавательные процессы, эмоциональные реакции, ценности, жизненные цели, способы структурирования времени — и это далеко не полный перечень. В свою очередь, тщательное изучение личностных

особенностей помогает выбирать средства, с помощью которых могут быть откорректированы нежелательные формы поведения, так чтобы данный индивидуум мог перейти к более эффективным способам функционирования.

Главная цель позитивной психологии и психотерапии — помочь людям жить полноценной, гармоничной жизнью, получая при этом максимальное удовлетворение. Именно поэтому одна из главных задач, решаемых сегодня специалистами-практиками, — нахождение путей реализации наиболее продуктивных и эффективных стратегий преодоления жизненных трудностей.

Поскольку энергоёмкость духовных структур в сотни и тысячи раз больше, чем физических, духовная деградация долгое время протекает скрыто. Когда же начинается физический распад, попытки вылечить человека блокируются деградировавшими духовными структурами — этим объясняются многочисленные факты всё более частого бессилия медицины. Далеко не многие специалисты задумываются о том, что, вылечив тело, можно навредить душе, что болезнь есть защита, блокировка неправильного поведения, образа жизни и образа мыслей отдельно взятого человека, непонимания им окружающего мира и своего предназначения. И, прежде всего, в данной ситуации необходимо найти причины болезни, помочь человеку понять их с тем, чтобы избежать ещё больших ошибок в будущем.

Сколько ни лечи конкретную болезнь, если причина, по которой она возникла, не устранена, она продолжает питать болезнь и, как показывает практика, может даже перемещаться с одного органа на другой. Болезнь — не лавина, которую можно ликвидировать, расчистив участок, болезнь — вода, текущая из крана, и, в первую очередь, необходимо закрыть кран, устранив причину болезни.

Человек, считающий, что его спасут таблетки или колдовские приёмы уже тяжело болен. Главной защитой от болезней является безусловное выполнение высших этических законов. Рост духовности человека одновременно улучшает состояние психики, судьбу, здоровье, благотворно влияет на все стороны жизни, приводит к устранению причин, вызывающих различные деформации — а это, по нашему глубокому убеждению, и есть тот самый путь к выздоровлению человечества в целом и отдельно взятого человека в частности. Духовность человека — это богатство мыслей, сила чувств и убеждений, понимание истинного смысла своего бытия...

Эстетическое отношение человека к миру универсально. Не только свои отношения с окружающей действительностью, но и отношения с самим собой человек «строит также по законам красоты». Разумеется, этот принцип отношения человека к миру преломляется в самоотношении, но не в любовании собой. Подлинно эстетическое начало проявляется в стремлении человека стать лучше, совершеннее, избавиться от тех привычек, черт характера, которые не удовлетворяют его представлениям о прекрасном в человеке, в его внутреннем мире, в отношении к другим людям.

В стремлении человека стать лучше сливаются воедино этическое и эстетическое. Понятие «внутренняя духовная красота личности» в равной мере относится к миру этических и эстетических ценностей. Внутренний мир человека духовно богат постольку, поскольку он прекрасен, и прекрасен постольку, поскольку он богат.

Образованность, богатство интеллекта, хорошие манеры и вкус утрачивают ценность, превращаются в свою противоположность, как только обнаруживают свою безнравственность. Нравственный порок безобразен, каким бы ни был его носитель: образованным или невежественным, внешне красивым или непривлекательным — он всё равно вызывает отвращение у нравственно здорового человека. Гнусность нравственного порока нередко прикрывается внешней красотой и благопристойностью, но эта внешняя оболочка лопается как мыльный пузырь, как только люди, считающие себя интеллигентами и формально принадлежащие к категории интеллигенции, начинают обнаруживать духовную убогость и пошлость своего внутреннего облика. Надругавшись над человеческим достоинством в другом, они, прежде всего, растоптали его в себе самих. Для кого не существует ничего нравственно-благородного и прекрасного в отношении к людям, к обществу, к другому человеку, для того не существует всего этого и в отношении к себе самому.

Когда природа шла по пути физической защиты (например, увеличения веса динозавров или снабжения панцирями черепах) эволюция останавливалась. Как это ни парадоксально, выживали наименее защищённые физически и наиболее защищённые духовно — те, кто был готов к изменению своей психологической структуры, поведения в соответствии с динамическими процессами, происходившими на Земле.

Весьма печально, когда человек — существо сознательное, общественное, жизнь вокруг которого всё больше проникается светом

добра и разумности, ведёт образ жизни, прощительный разве что для существа, не обладающего человеческим разумом. Этика — это роскошь вчера, жизненная необходимость сегодня, единственное условие для выживания завтра. Людей, думающих только о физическом здоровье, в ближайшие годы может постигнуть судьба динозавров...

Нуркатов Е. М.

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ СЕРВИСОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

История становления и развития в Казахстане современной системы медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими заболеваниями, тесно связана с реформированием и модернизацией всей системы социальных сервисов в стране. Особое место занимает в данном процессе разработка специализированных государственных стандартов и определение места и роли социального работника, социальной работы в целом в системе охраны психического здоровья граждан. Важную роль в этом процессе играет повышение качества медико-социальных сервисов в психиатрической службе Республики Казахстан.

В истории психиатрической службы в Казахстане принято выделять три периода: досоветский, советский и настоящий период уверенного развития. Помощь психически больным в досоветский период характеризовалась отсутствием научного клинического подхода, отсутствием системы психиатрической помощи в целом, в основном «пользовали больных» так называемыми «традиционными» парамедицинскими методами народных целителей — «Баксы», «Емши», «Шамань», «Молда». Всего на территории Казахстана в досоветский период было 4 психиатрические лечебницы в общей сложности на 50-70 коек, открытых в начале 20 века.

В советский период развивается государственная система психиатрической помощи, которая занимает монополизирующую роль в системе оказания медико-социальных сервисов в стране. К достоинствам данного периода, безусловно, относится разработка теоретико-методологической концепции в виде клинико-психопатологического

и нозологического подхода к рассмотрению психических расстройств. Создание развитой сети стационарной и диспансерной психиатрической помощи, охватывающей широкий круг населения с психическими расстройствами.

В настоящий период развития суверенного Казахстана монополия государства в сфере оказания медицинских и медико-социальных сервисов снята. Психиатрическая служба в современном Казахстане представлена мощно развитой государственной службой, а также системой неправительственных организаций и так называемым «нетрадиционным» сектором народных целителей.

Государственная система службы психического здоровья представлена организациями республиканского уровня и соответствующими институтами на региональном, городском и сельском уровнях. Республиканский уровень: Отдел психиатрии и наркологии Министерства здравоохранения РК; Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии г. Алматы; Республиканская Психиатрическая больница с интенсивным наблюдением. На городском и региональном уровне работают и взаимодействуют городские и областные «Центры психического здоровья» — 15; городские и областные психиатрические диспансеры — 21; в городских и областных общесоматических больницах — психиатрические отделения — 9; в поликлиниках — психотерапевтические кабинеты — 54; специализированная скорая психиатрическая помощь — 60; Районные психиатрические кабинеты с райпсихиатром — в районных общесоматических больницах 140 (при необходимых 168) представляют сельский уровень государственной психиатрической службы.

Дополнительные медико-социальные учреждения находятся под ведомством Министерства труда и социальной защиты: психоневрологические интернаты для психохроников — 26; интернаты для детей с ментальными расстройствами — 18.

Особенностью реформирования и модернизации системы медико-социальных сервисов в Казахстане является развитие услуг от третьего сектора в РК. Каков «функционал» некоммерческих организаций в системе медико-социальных сервисов для лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами? 15 институций третьего сектора (в Казахстане их называют НПО — неправительственные организации) ориентированны на оказание помощи детям и подросткам с ментальными расстройствами. 24 НПО — с фокусом работы на лицах с алкогольной и наркотическими зависимостями.

Ориентированны на работу с пациентами с тяжелыми психическими расстройствами — 3 НПО.

Традиционные народно-целительские подходы в оказании помощи психически больным имеют свое распространение в настоящий период. Это — Центры Народной медицины, частнопрактикующие народные целители — «Емши», «Баксы», а также религиозные и духовные целители — «Молда».

Системные проблемы имеют место в современной системе психиатрической помощи. Во-первых, это доминирование «медицинской модели» оказания помощи психически больным. Ее можно дифференцировать как модель, «исключающую надежду». Во-вторых, неразвитость, примитивность существующей системы социальной помощи в психиатрии. В-третьих, ограниченный спектр специалистов, работающих в сфере психического здоровья. В-четвертых, проблема стигматизации психических заболеваний. В-пятых, отдаленность службы психического здоровья от ПМСП. К системным проблемам можно отнести доминирование стационарной формы оказания психиатрической помощи при неразвитости внебольничной помощи, отсутствие аккомодационных учреждений для психически больных, проблему институционализации и факты дискоординированности деятельности медицинских и социальных служб по оказанию помощи психически больным. Особое место занимают образовательные проблемы. Отсутствует корпус специалистов-профессионалов гуманитарного профиля по вопросам социальной ре-адаптации.

Выходом из сложившейся ситуации может стать обращение к парадигме Доказательной Медицины. Archie Cochrane (1950-60 гг.), David M. Eddy предложили этот термин. David L. Sackett — основатель первого центра доказательной медицины в Oxford University в 1994 г. Доказательная медицина — интеграция лучших научных исследовательских фактов, клинической экспертизы и ценностей пациентов (Институт Медицины, США, 2001). Доказательная психиатрия — оказание помощи психически больным с опорой на научные данные и с использованием методов лечения, основанных на современных достижениях в области психиатрии, психологии, социологии и результатах биологических исследований. R.E. Drake, M.R. Merrens, D.W. Lynde — «психиатрическая помощь лицам с тяжелыми психическими расстройствами должна отражать цели пользователей». «Ничего о нас без нас» — лозунг, отражающий стремление к большему уважению и к большей самостоятельности

получателей психиатрической помощи. Традиционные цели — соблюдение режима лечения и предотвращение рецидивов или повторной госпитализации». Глобальность целей — помощь людям в достижении результатов, ориентированных на пользователя: независимость, трудоустройство, удовлетворяющие взаимоотношения и хорошее качество жизни.

Доказательная психиатрия опирается на модель восстановления — более персонализированный и субъективный подход к оказанию помощи лицам с психическими расстройствами. Ответственность и контроль в отношении процесса восстановления возложены на человека, у которого имеется психическое расстройство.

Психиатрические вмешательства должны возвращать человеку уверенность в своих силах и способность нести ответственность за принятие решений, касающихся его жизни. Усиление роли ценностей модели восстановления — надежда, исцеление, расширение полномочий и самостоятельности, социальные контакты, права человека и помощь, ориентированная на восстановление.

В условиях внедрения моделей доказательной медицины в Казахстане особое значение имеет социальная работа и наличие компетентного корпуса профессионалов данной сферы деятельности.

Данный фактор актуализирует разработку нормативных и инструктивных документов, регламентирующих деятельность социальных работников в сфере медико-социальных сервисов для лиц с психологическими и поведенческими расстройствами в нашей стране.

Нуркатова Л. Т.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ В СИСТЕМЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ СЕРВИСОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

В Республике Казахстан активно разворачивается процесс реформирования и модернизации системы социальных сервисов. Специалистами, прошедшими углубленную стажировку в ведущих медико-социальных центрах и академических школах социальной работы в США и Великобритании, разработан ряд положений о социальном работнике медицинской организации.

В данных инструктивных документах особо выделен компетентностный ряд для специалистов с высшим образованием.

Социальный работник медицинской организации с высшим образованием — это специалист, предусмотренный штатной структурой медицинской организации, деятельность которого направлена на организацию социальной помощи и решение социальных проблем пациентов. Социальный работник с высшим образованием является членом медицинской команды, который, работая в союзе с врачами-специалистами и помогая им понять социальные и эмоциональные аспекты заболеваний, содействует медицинской и психологической реабилитации больного.

Социальные работники с высшим образованием проводят комплексную оценку проблем и нужд пациента, администрируют социальные услуги, необходимые для стабилизации состояния и выздоровления, помогают больным справиться с личными проблемами, связанными с болезнью. Должность социального работника с высшим образованием предусматривается в медицинских организациях, оказывающих помощь на первичном и вторичном уровне, штатная численность и нормы нагрузки регламентируются отраслевыми нормативами.

На должность социального работника назначаются лица с высшим социальным или гуманитарным образованием, прошедшие специальную подготовку по курсу психотерапии, психологии. Социальный работник назначается и увольняется главным врачом организации в соответствии с действующим законодательством. Социальный работник находится в непосредственном подчинении заместителя главного врача медицинской организации.

Социальный работник организует свою работу в соответствии с данным Положением и регламентирующими документами по данному разделу работы. Выполнение своих обязанностей и реализацию своих прав социальный работник осуществляет на основе принципов гуманизма, обеспечивая комплексный подход к личности пациента и его семье, облегчая не только физическое и психическое состояние, а поддерживая социальный и духовный потенциал больного.

Социальный работник с высшим образованием обязан иметь и совершенствовать навыки по организации ухода за больными, социальной и психологической поддержке больных, членов их семей, родственников и близких.

Социальный работник в медико-социальном учреждении, в медицинском учреждении обязан: а) представлять интересы больного, групп больных в различных инстанциях; б) осуществлять в интересах больных взаимодействие с социальными медицинскими службами других районов и медицинских организаций; в) информировать непосредственного руководителя о проделанной работе, возникающих проблемах, принимать совместные решения; г) активно, через взаимодействие с врачами-специалистами медицинских организаций, выявлять больных, нуждающихся в социальной помощи; д) обсуждать в медицинских коллективах проблемы социального, психологического состояния курируемых больных, для повышения качества оказываемых медико-социальных услуг.

Самостоятельно оказывать или организовывать следующие виды социальной помощи: решение вопросов социальной поддержки больного (оформление запросов, юридических документов, участие или помощь в оформлении направления на МСЭК, в дом престарелых и инвалидов); осуществлять обеспечение по просьбе родственников траурных ритуальных церемоний; при наличии показаний осуществлять обеспечение восстановительного лечения, госпитализации больных; в обязанности социального работника вменяется психотерапевтическая работа с больными, членами семьи; контроль качества ухода и медицинских манипуляций.

Особое место занимает решение вопросов социальной поддержки больного, опеки и попечительства (оформление запросов, доверенностей, оформление направления на МСЭК, в дом престарелых и инвалидов, школы-интернаты, центры адаптации и реабилитации, специальные коррекционные организации).

При организации социальной помощи детям с ограниченными возможностями решение вопросов их пребывания в специализированных детских садах, школах, школах-интернатах, санаториях, летних лагерях, оптимального обучения, в том числе профессионального, организации библиотечного обслуживания, медико-педагогической коррекции; обеспечение обучения родителей методам и приёмам коррекционной работы с детьми-инвалидами, вовлечение их в общественные объединения родителей детей с аналогичными проблемами.

Взаимодействие с волонтерскими организациями и с отдельными волонтерами — важная обязанность социального работника в медицинском и медико-социальном учреждении. Привлечение добровольных помощников (волонтеров) к оказанию социальной помощи

больным, организация их обучения навыкам поддержки больных. Межведомственное взаимодействие — владение всеми возможными способами контактов и достоверной информацией о работе государственных и общественных организаций, прежде всего поликлиник, специализированных диспансеров и центров, центров социальной помощи, МСЭК, консультирование по этим вопросам социальных работников со средним образованием.

Организация помощи по различным видам протезирования, получению средств передвижения, других технических средств реабилитации. Организация психотерапевтической работы с больными, членами семьи; Повышение профессионального уровня специалистов службы, организация изучения и внедрения передового зарубежного и отечественного опыта.

К правам социального работника с высшим образованием относятся следующие положения. Он имеет право принимать решения в пределах своей компетенции. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей. Вносить предложения руководству медицинской организации по совершенствованию помощи и улучшению условий труда. Повышать свою профессиональную квалификацию путём регулярного последипломного образования, участия в научно-практических семинарах, конференциях, самообразования. Принимать участие в рабочих совещаниях медицинской организации. Являться членом профессиональных, общественных, благотворительных объединений, деятельность которых направлена на помощь больным с ограниченными физическими возможностями. Получать гранты, другие виды финансовой поддержки на осуществление профессиональной деятельности.

Социальный работник с высшим образованием несёт ответственность: за невыполнение своих обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка медицинской организации, настоящим Положением и должностной инструкцией, за недостаточную организацию социальной помощи больным, за разглашение сведений о больных, полученных в ходе реализации своих прав.

Институт социальной работы в системе медико-социальных сервисов Казахстана успешно прошел этап становления. Перспективы его дальнейшего развития связаны с развитием международной академической мобильности и внедрением стандартов менеджмента качества в системе медико-социальных сервисов в стране.

Особую роль в данном процессе занимает подготовка научных кадров в сфере социальной работы. В Казахстане успешно действует докторантура «Болонского» формата — получение ученых степеней Ph.D в области социальной работы. К одним из трендов инновационных исследований, проводимых в рамках докторских диссертаций «болонских» докторантов, относится изучение перспектив развития института социальной работы в национальной системе медико-социальных сервисов Казахстана.

Нуркатова М. М.

ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА: ОРГАНИЗАЦИОННО-АДМИНИСТРАТИВНЫЕ АСПЕКТЫ

К особенностям развития института социальной работы в системе общественного здравоохранения относится большая организационно-административная работа, направленная на формирование соответствующих штатов социальных работников и структурных подразделений, специализирующихся в сфере социальной работы, системная координация взаимодействия между лечебными и социально-ориентированными практиками. Нормативно-инструктивное обеспечение этого взаимодействия находится в стадии развития и совершенствования.

Нами разработано Положение о социальной работе в медицинских организациях. Его цель — дифференциация и координация организационно-административных контентов в процессе становления института социальной работы в системе общественного здравоохранения страны.

В общих положениях этого документа указано, что медицинская социальная работа — это одно из направлений медико-социальной помощи больным, оказываемой в организациях здравоохранения.

Этот вид помощи позволяет больным и их семьям справиться с многочисленными проблемами, которыми сопровождается заболевание или которые препятствуют процессу выздоровления и реабилитации, как, например, материальные затруднения, инвалидность и др.

В Положении представлена Структура социальной службы медицинской организации, которая состоит из специалистов следующих

уровней: социальный работник со средним образованием, социальный работник с высшим образованием и руководитель социальной службы.

Особо отмечено, что деятельность специалистов службы регламентируется настоящим положением, положением о специалисте и индивидуальными должностными инструкциями.

В Положении указаны штатные нормативы и типовые штаты социальных работников.

Должность социального работника со средним образованием устанавливается на 10 тысяч прикрепленного к амбулаторно-поликлинической организации населения; на каждые 100 коек многопрофильной больницы, на каждые 30 коек хосписа, больницы сестринского ухода, психо-неврологического, наркологического диспансера;

Должность социального работника с высшим образованием устанавливается на 50 тысяч прикрепленного к амбулаторно-поликлинической организации населения; на каждые 200 коек многопрофильной больницы, на каждые 60 коек хосписа, больницы сестринского ухода, психо-неврологического, наркологического диспансера;

Должность руководителя социальной службы устанавливается на 200 тысяч территориального населения, вводится в одной из территориальных поликлиник района или межрайонно. При наличии в медицинской организации социального работника с высшим образованием создаётся кабинет по социальной работе.

Вопрос о взаимодействии врачей, медицинских психологов и социальных работников является, в настоящее время, одним из наиболее важных при организации работы лечебных и лечебно-профилактических учреждений.

С одной стороны, это связано с усложнением современных медицинских технологий в области охраны соматического и психологического здоровья, а с другой — интенсивной дифференциацией медицинских и иных специальностей, включая социальную работу.

В Казахстане в медицинских учреждениях увеличилось число специалистов немедицинского профиля, работающих непосредственно с пациентами.

Помимо врачей различных специальностей в лечебном и реабилитационном процессе участвуют клинические психологи, специалисты по социальной работе, социальные работники.

Это актуализирует организационно-административный курс проблемы и необходимость тщательной разработки основных положений деятельности и подготовки социальных работников

в медицинских и медико-социальных учреждениях системы общественного здравоохранения.

Орлова М. М.

ОБЪЕКТИВНЫЕ И СУБЪЕКТИВНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ СИТУАЦИЙ ЗДОРОВЬЯ И СИТУАЦИЙ БОЛЕЗНИ

Исследование здоровья как социально-психологического явления становится одним из наиболее актуальных психологических направлений. Создание системных моделей, способных рассмотреть данное явление в различных психологических и социально-психологических контекстах, является актуальным как для теоретических обобщений, так и практического применения.

Феномен здоровья большинство авторов рассматривает как включенный в несколько векторов, это дихотомии: индивидуное — общественное, типичное — индивидуальное, осознанное — бессознательное, как самостоятельная цель — как условие реализации других целей, реальное — идеальное, возможность — невозможность, здоровье — болезнь.

В качестве методологической основы такой многомерной модели здоровья и болезни можно рассматривать понятие социально-психологической ситуации. На основе этого подхода нами было разработано и апробировано понятие «ситуация болезни» [Орлова, 1982]. Это понятие включает в себя:

- объективный компонент — болезнь и ее последствия; может рассматриваться как объективно трудная жизненная ситуация и отражать изменившиеся условия психической деятельности больного, психологическую «цену» болезни, степень утраты прежних возможностей личности. Суть — в уменьшении объективных возможностей реализации мотивационной сферы больного в условиях телесной болезни и ее последствий. В данном случае уместно говорить об изменившемся качестве жизни и степени субъективного неблагополучия, изменении социальной и личностной идентичности. При определении типа ситуации болезни необходимо учитывать тяжесть заболевания, его обратимость, социальный статус больного, а также имеющиеся биологические и социальные ресурсы, в частности, образование,

профессиональные навыки, материальные, социальные и психологические возможности семьи больного.

- субъективный компонент характеризуется степенью активности самой личности больного, ее направленности, механизмами саморегуляции, особенностями социальной и личностной идентичности на когнитивном, эмоциональном, мотивационном и поведенческом уровнях.

Формирование идентичности «больной — здоровый человек» заключается в осознании индивидом как самого факта наличия или отсутствия здоровья и объективных условий, влияющих на него, так и социальных возможностей, условием которых может быть здоровье, или утраты этих возможностей, в связи с болезнью, и, наконец, возможностей влиять на эти обстоятельства. Важной особенностью этого процесса осознания является не только значение для индивида объективного факта наличия здоровья, но и его смысл для личности. Отношение индивида к своему здоровью в этом смысле выступает важной психологической характеристикой его самосознания. Идентичность «больной — здоровый человек» является биполярной, поскольку существует в системе представлений как о здоровом, так и о больном человеке. Объективные условия определения социального статуса здоровый и больной человек воспринимаются неоднозначно, так как эти условия опосредуются целым рядом социально-психологических и психологических явлений: особенности понимания данной роли в рамках той или иной культуры или субкультуры, субъективной значимости здоровья и болезни в системе мотивов и ценностей конкретного человека. Значимость объективного статуса «больной — здоровый человек» и его социально-психологического опосредования в системе отношений человека подчеркивает психосоциальную природу формирования идентичности «больной — здоровый человек».

Оценка тяжести объективных составляющих болезни лежит в основе классификации ситуаций болезни, которая позволяет выделить следующие типы ситуаций болезни:

- Первая или начальная ситуация болезни характеризуется минимальным, часто преходящим влиянием вызывающих ее патофизиологических и социальных факторов и означает практически полную сохранность возможностей для реализации основных мотивов личности больного.

- Вторая или промежуточная ситуация вызвана уже значительным и постоянным влиянием болезни, в том числе ее социальных

последствий. Однако в данном случае еще возможна компенсация вызывающих ее факторов: ликвидация обострения, уменьшение тяжести заболевания в ходе лечения, устранение социальных трудностей. Ситуация в целом характеризуется тем, что в разной степени затрудняет реализацию основных мотивов личности больного.

- Третья, или конечная, ситуация характеризуется крайней выраженностью влияний болезни и ее социальных последствий, существенная компенсация которых уже невозможна. Тяжелое течение заболевания, длительное пребывание в стационаре, инвалидность, разрыв семейных связей и отсутствие поддержки близких — все это, как правило, делает невозможной реализацию прежде значимых мотивов.

Классификация учитывает самые общие для большинства здоровых людей стороны их психической деятельности и социальной адаптации и наиболее значимые параметры ее изменений (норма, существенное ухудшение, ломка).

Принцип классификации и смысл, вкладываемый в понятие ситуации болезни, неспецифичны и, по-видимому, имеют универсальное значение в рамках соматической патологии. Объективные факторы болезни, приводя к той или иной ситуации, при всем их значении не всегда определяют характер изменения личности больного. Влияние, оказываемое ими в целом, опосредованно, прежде всего, значимостью для личности тех или иных форм реализации ее мотивов, ограниченных или ставших невозможными в связи с болезнью.

Идентификация себя со здоровым или больным человеком часто не совпадает с медицинским и социальным статусом индивида (совокупность диагноза и инвалидизации) и является результатом отождествления (оценивания, переживания и отношения с этими статусами. Таким образом, субъективное восприятие статуса является когнитивным компонентом идентичности.

На наш взгляд, «ситуация здоровья», по аналогии с «ситуацией болезни», должна включать в себя:

- объективный компонент — здоровье как медицинский факт и объективно ресурсная жизненная ситуация, отражающая психологическую «цену» здоровья для реализации имеющихся, прежде всего, профессиональных возможностей личности.
- субъективный компонент характеризуется степенью значимости здоровья для реализации ведущих мотивов личности, личной и социальной идентичности.

Нами были выделены три типа ситуаций здоровья в зависимости от его значимости для профессиональной реализации:

- Первая ситуация здоровья — здоровье как условие достижения, наличие профессии, связанной с особыми требованиями к здоровью, ситуация, для которой здоровье является условием профессиональной деятельности.
- Вторая ситуация здоровья — здоровье как отсутствие хронических заболеваний, не имеющее непосредственной значимости для профессиональной деятельности и социальной успешности.
- Третья ситуация здоровья — ситуация, предполагающая социальные ограничения, не связанные с болезнью. Здоровье в таких ситуациях не является фактором, обеспечивающим профессиональную успешность, вместе с тем, может быть адаптационным ресурсом в трудной жизненной ситуации — то есть здоровье как ресурс в ситуации утраты.

Рассмотрение феномена здоровья и болезни как социально-психологических ситуаций представляется реализацией системного подхода и дает возможность исследовать психологические составляющие здоровья и болезни в контексте социальных взаимодействий.

Паурель С. В.

МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЛИЧНОСТЬ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ НА ЭТАПАХ СРЕДНЕЙ И ПОЗДНЕЙ ЗРЕЛОСТИ

В психологии здоровья одним из ведущих направлений исследований на сегодняшний день является поиск оптимальных методов психологического воздействия, которые ориентированы на укрепление и развитие здоровой личности. К задачам психологии здоровья относятся:

1. Повышение уровня психологической культуры.
2. Повышение уровня культуры общения.
3. Определение путей и условий для самореализации.

Исходя из поставленных задач подробнее остановимся на их реализации при прохождении личностью различных этапов жизненного

пути, взяв за основу концепцию психосоциальных стадий развития личности Э. Эриксона.

Базовым посылом в теории Эриксона является идея прохождения человеком на протяжении жизни через восемь универсальных, т.е. общих для всех стадий. Каждая новая стадия наступает вслед за пройденной предыдущей, учитывая готовность (зрелость) личности к дальнейшему продвижению. Помимо движения по ступеням развития происходит расширение кругозора и социального взаимодействия. Автор концепции утверждает, что социальное окружение личности поддерживает как необходимый темп продвижения, так и последовательность развития.

Однако прохождение этих стадий зачастую сопровождается кризисом. То, насколько адекватно разрешается каждый кризис самой личностью, и определяет её степень готовности к прохождению следующей стадии. Таким образом, преодолевая препятствия, формируется адаптивная и зрелая личность.

Остановимся подробнее на описательных характеристиках двух заключительных стадий развития зрелой личности: стадии средней и поздней зрелости. Итак, седьмая или стадия средней зрелости характеризуется возрастом от 26 до 64 лет и сопровождается кризисом, в результате которого осуществляется выбор между продуктивностью и застоем. Продуктивность на этапе средней зрелости вероятней всего реализуется в профессиональной и личностной сфере в соответствии с возрастными достижениями: это уже не организация поля деятельности в профессии, семье, а это постепенная реализация своего потенциала в профессиональной деятельности и в семейных взаимоотношениях.

Поэтому, следуя концепции Э. Эриксона, методом воздействия на личность для оптимизации психологического состояния может служить консультативная беседа с психологом о том, какой интерес человек проявляет к своему профессиональному развитию, какие видит перспективы и намечает цели деятельности, каких результатов планирует достичь в профессии. В том случае, когда продуктивная деятельность явно преобладает над инертностью, главное место в жизни занимает сильная сторона этого этапа — забота.

Важно не упускать из вида и личные достижения, акцентируя внимание на заботе и участии в воспитании следующего поколения. Удачным дополнением к проводимой беседе послужит использование проективных методик, позволяющих исследовать индивидуальность

и определить способы дальнейшего взаимодействия с клиентом с целью развития прогрессивной, т.е. продуктивной линии развития.

Для регресса характерна инертность, когда человек увечён исключительно личными потребностями и поглощён целиком своими интересами, не реагируя на просьбы и не проявляя заботы о других людях. «Кризис старшего возраста» выражается в чувстве безнадежности, бессмысленности жизни.

Если клиент пассивен, выбирает эту стратегию, то консультанту предстоит обрисовать перспективы обеднения межличностных отношений, а также кризис старшего возраста, который может привести к чувству безнадежности и бессмысленности существования. С точки зрения психологии здоровья, инертность приводит к психопатологическому проявлению средней зрелости, которое выражается в жестокости к окружающим, нерасположенности проявлять заботу о других людях, а в дальнейшем разрушает личность.

Известный психолог Р.М. Грановская, характеризуя стадию средней зрелости, определяет, что центральной темой в этот период является «генеративность, понимаемая как желание повлиять на следующее поколение через собственных детей». Именно генеративность делает человека счастливым, потому что личность осознает свой вклад в развитие общества, заинтересована другими людьми и продуктивна. Для того чтобы клиент, находящийся в данной стадии и подходящий к очередному кризису, почувствовал себя уверенно, консультант должен помочь оценить и осознать реальное положение вещей, переосмыслить цели и построить новые планы. Тогда клиент благополучно вступит в следующий этап, преодолев кризис и выбрав продуктивную стратегию, понимая важную особенность зрелости — осознание ответственности за содержание жизни перед собой и другими.

Особое внимание придается в этом возрасте такому качеству, как неуспокоенность. Важно трудиться, не бояться брать на себя ответственность, что будет сопровождаться духовным развитием. Консультант может ознакомить клиента с информацией о новых подходах к интеллектуальному старению, где креативность, то есть творческие занятия используются в качестве способа реабилитации, повышающего не только интеллект, но и жизненную силу.

Восьмая, заключительная стадия поздней зрелости наступает с 65 лет и длится до завершения жизни человека. Эриксон, изучая этот период, интересовался внутренней борьбой, процессом переосмысления жизни. Характеристикой поздней зрелости, по мнению

Эриксона, является не новый кризис, а интеграция и оценка предыдущих стадий развития. Это явление получило название «эго-интеграция» или целостность. Человек суммирует прошлую жизнь и уверенно проговаривает для себя: «Я доволен», поскольку смерть уже не страшна — ведь есть продолжение во внуках или учениках. Наступила пора мудрости.

Противоположные характеристики присущи тем, кто оценивает свою жизнь, как вереницу ошибок и нереализованных проектов. Соответствующими будут и сопровождающие ощущения: неуспешности, озадаченности и страх приближающейся смерти. Эриксон классифицирует типы настроения у таких раздраженных людей, как сожаление, что жизнь не проживёшь заново и отрицание своих недостатков при помощи их проецирования на внешний мир.

Ведущая проблема этого возраста заключается не только и не столько в старческом увядании, сколько в помощи в нахождении и формулировании целей, ради которых стоит жить. Научно доказано, что на физиологию, в том числе и на скорость протекания процесса старения влияют психологические взгляды личности. На психологические взгляды в большей мере воздействует культурная традиция того общества, в котором проживает стареющий человек. А поскольку известно, что в этот период у людей обострена чувствительность к проявлениям заботы, то необходимо поддерживать и поощрять дружеское общение и проявление внимания к другим.

Таким образом, подробно рассмотрев специфику этапов средней и поздней зрелости личности с учётом динамических изменений, происходящих при переходе с одного этапа на другой, возможно определить методы и реализовать программу оптимального воздействия с целью позитивного изменения психологического состояния личности.

Пеунова С. М.

КРИТЕРИИ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) определяет здоровье как «состояние полного физического, психического и социального благополучия». Критерием физического здоровья является отсутствие различных физических болезней и недугов.

Качество психического здоровья определяется совокупностью индивидуальных особенностей личности и состояния внутренней среды организма, складывающейся в результате взаимодействия биологических, психологических и социально-средовых факторов (наследственность, возраст, условия воспитания, качество подготовки, сформировавшийся тип характера и приспособительного поведения, приобретенные навыки в преодолении стрессовых ситуаций, перенесенные болезни, психическая травматизация и т.д.). Психология здоровья психическое здоровье определяет не как отсутствие дезадаптации, а с точки зрения позитивного аспекта — как способность к постоянному развитию и обогащению личности. Иными словами, психическое здоровье — это не просто отсутствие недостатков, а присутствие определенного ряда достоинств в структуре личности [Ананьев В.А., 1998].

Индивидуальное психическое здоровье — это такое состояние психики индивида, которое характеризуется цельностью и согласованностью всех психических функций организма, обеспечивающих чувство субъективной психической комфортности, способность к целенаправленной осмысленной деятельности и оптимальное выполнение социальных функций, адекватных общечеловеческим ценностям и этнокультурным особенностям той группы, к которой принадлежит индивид [Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2002]. Оценка индивидуального психического здоровья должна учитывать неповторимость и уникальность каждой личности и ее самоидентичность, важнейшими при которой являются два момента. Первый — способность здорового человека развиваться, расти и совершенствоваться. Видный немецкий психиатр и психоаналитик Г. Аммон писал: «Психическое здоровье надо понимать не просто как статически хорошее самочувствие, а как динамически развивающееся событие. Быть психически здоровым — значит быть способным к развитию» [Ammon G., 1982]. И второй — способность человека адаптироваться к изменяющимся условиям внешней среды.

Новые «позитивные» концепции психического здоровья, представленные в работах А. Маслоу, А. Эллиса, К. Роджерса, предусматривают тенденции к развитию, самореализации человека, сознательную способность руководить своими действиями и поступками, быть ответственным перед собой и другими, прошлыми и будущими поколениями, иметь развитую систему ценностей, способность адекватно воспринимать самого себя и окружающих.

По замечанию А.Ф. Лазурского (1925), один из признаков здоровой личности предполагает умение человека регулировать свои поступки и поведение в границах социальных норм. Как известно, в жизни человеку приходится искать равновесие между адаптацией к реальности, с одной стороны, и развитием своих потенциальных творческих возможностей, утверждающих индивидуальность, с другой. Основные особенности «уравновешенного человека» = «здоровой личности» так представляют себе разные авторы [Годфруа Ж., 1992]:

1. В физическом плане уравновешенный человек должен обладать отменным телесным здоровьем. Психическое равновесие по существу немислимо без серьезного внимания к своему телу. Так мы снова вспоминаем высказывание древнеримского ученого Ювенала: «В здоровом теле — здоровый дух». Впрочем, как и наоборот. Вывод прост: физическое и психическое здоровье неразделимы и взаимозависимы.

2. В сексуальном и аффективном плане уравновешенный индивидуум способен устанавливать гармоничные интимные отношения с другими людьми, заботясь о себе, не забывает проявлять заботу о других.

3. В интеллектуальном плане уравновешенным может считаться тот, кто обладает хорошими умственными способностями, позволяющими ему мыслить и действовать продуктивно; кто всегда ищет и находит выход из трудных ситуаций; быстро переходит от мыслей и слов к делу; осознает свои способности и умеет ими пользоваться; постоянно совершенствует свои навыки, стремясь добиться поставленной цели в разумные сроки; кто не лишен воображения и любит искать нестандартные решения проблем.

4. В нравственном плане уравновешенный человек обладает чувством справедливости; склонен больше полагаться на свои суждения, чем на авторитеты; всегда готов признать свои ошибки, не выставляя их, однако, на показ.

5. В социальном плане уравновешенный человек, как правило, способен устанавливать непринужденные отношения с другими. Он редко рассчитывает свои реакции заранее, и эта непосредственность позволяет ему легко общаться как с теми, кто стоит выше него на социальной лестнице, так и со стоящими ниже.

6. Наконец, в личностном плане уравновешенный человек — это оптимист, добродушный и жизнерадостный, любящий жизнь и отвечающий на ее требования, не испытывая при этом чувства

принужденности; способный брать на себя ответственность, зрелый, трезвомыслящий; достаточно устойчивый в эмоциональном плане; предпочитающий достигать желаемого собственными усилиями, а не жалобами или манипуляциями. Он с достаточным уважением относится к самому себе, но сохраняет при этом чувство юмора, которое мешает ему воспринимать собственную персону слишком серьезно.

А. Маслоу среди характеристик, свойственных людям, которым удалось самоактуализироваться в жизни (а значит, они соответствуют высокому званию «здоровой личности»), выделил следующие наиболее важные. Таким людям свойственно эффективное восприятие реальности, принятие себя, других и природы такими, какие они есть; спонтанность, непосредственность, простота и естественность; центрированность на проблеме, а не на себе, независимость; потребность в уединении, автономия; независимость от культуры и окружения, свежесть восприятия, вершинные, или мистические переживания, общественный интерес (идентификация с человечеством), глубокие межличностные отношения (способность к близким отношениям с людьми); демократический характер, обостренное чувство разграничения целей и средств их достижения, наличие философского, доброжелательного чувства юмора, который обычно вызывает улыбку, а не смех, высокая креативность, низкая конформность.

Попытку описать здоровую личность предпринял К. Роджерс (1994), выделивший такие основные черты «нового человека», как открытость для внутреннего и внешнего мира; умение ценить общение как средство представлять вещи такими, какие они есть; отсутствие лицемерия и обмана; определенное недоверие к современной науке и технологиям; стремление к целостной жизни; постоянно в процессе самосовершенствования; участие в других, готовность прийти на помощь тем, кто нуждается в ней; непосредственное соединение с природой и готовность защищать ее; антипатия к раздутым бюрократическим институтам; доверие своему опыту и недоверие внешним авторитетам; равнодушие к материальным стимулам и награждениям; духовные искания — они хотели бы найти смысл и цель жизни. К. Роджерс, как и А. Маслоу, полагал, что люди «в основном стремятся вперед и, при подходящих условиях, полностью реализуют свой врожденный потенциал, демонстрируя истинное психическое здоровье» [Хьелл Л., Зиглер Д., 1997].

Г. Олпорт также работал над определением личности и ее зрелости. Он считал, что «поведение зрелых людей функционально

автономно и мотивировано осознанными процессами. Поведение незрелых лиц преимущественно направляется неосознанными мотивами, проистекающими из переживаний детства». Черты, которыми он наделял зрелого человека, во многом схожи с вышеперечисленными: зрелый человек имеет широкие границы «Я», способен к теплым, сердечным социальным отношениям, демонстрирует эмоциональную неозабоченность и самопрятие, реалистичное восприятие, опыт и притязания, а также способность к самопознанию и чувство юмора, обладает цельной жизненной философией [Хьелл Л., Зиглер Д., 1997].

Вышеизложенное доказывает, что критерии здоровой личности давно уже выделены и подтверждены практикой. Базовыми критериями, конечно, являются осмысленность жизни, цельность и гармоничность, богатство духовного содержания, гуманистическая направленность, самосовершенствование, умение строить глубокие межличностные отношения, осознание себя частью всего человечества, умение любить и творить.

Гораздо острее в нашем обществе стоит вопрос воспитания такой личности. Если мы хотим возродить свою страну, чтобы она снова стала великой державой, необходимо продумать всю имеющуюся систему образования-воспитания, культуры, СМИ, внедрить в психолого-педагогическую практику программы, нацеленные на формирование здоровой личности, а также провести настоящие глубокие реформы, направленные на воспитание глубоко нравственного, духовно богатого, творчески мыслящего человека. Без повышения гуманитарно-нравственного уровня граждан страна развалится, какие бы критерии здоровой личности мы не выделяли.

Пыжикова Ж. В.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОГЛАСОВАННОСТИ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ И ПЕРЕЖИВАНИЯ ВРЕМЕНИ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ

Открытость и многополярность современного мира приводит к диффузному проникновению культур и постоянному смещению приоритетов. Сегодня, при столкновении с разными системами ценностей, результат выбора не так очевиден, как раньше — теперь мы

можем верить в Бога, одновременно принимая другие культуры и другие системы ценностей.

Отсутствие пожизненного пребывания в стране, политической партии, организации и даже любви сделало естественным выбор, при котором люди верны только самим себе или чему-то, что представляет для них ценность в текущем месяце. Внутренне человек последователен, но для институтов ценностей, находящихся вне нас, — это озадачивающее смешение. Остается открытым вопрос: является ли динамичная система ценностных ориентаций признаком здоровой личности, конструктивно взаимодействующей в обществе, или это потенциальная угроза развитию субъекта.

Таким образом, изучение системы ценностей, определяющей стратегические планы поведения во времени и деятельности человека, становится особенно актуальным в эпоху динамичного социально-экономического развития.

Под ценностными ориентациями мы понимаем отражение в сознании человека ценностей, признаваемых им в качестве жизненных целей и мировоззренческих ориентиров. Понятие «ценностные ориентации» рассматривается нами как индивидуальная форма репрезентации наиндивидуальных ценностей.

Учитывая, что ценности современного человека порой носят взаимоисключающий характер, мы полагаем, что именно категория времени обеспечивает возможность примирить разнонаправленные ориентации и несогласующиеся смыслы в сбалансированную систему жизненных координат.

Проблему психологического времени как субъективного переживания, в котором временная перспектива будущего рассматривается как фактор регуляции жизнедеятельности, определяется как поле для разворачивания субъективной картины жизненного пути, со всеми ее событиями и связями между ними, поднимают в своих работах И.Е. Головаха, А.А. Кроник, П.И. Яничев и др.

Влияние сбалансированности, дальности, насыщенности временной перспективы личности на субъективную удовлетворенность, оценку свободы возможных действий, успешность и активность деятельности субъекта показано в работах О.Н. Арестовой, А.К. Болотовой, Е.И. Головахи, В.Н. Карандашева, И.М. Кондакова, Ж.С. Мамедовой, А. Сырцовой, Н.Н. Толстых и др.

Тем не менее, вопрос о взаимосвязи переживания времени с временной перспективной и согласованностью внутриличностных ценностных выборов остается открытым.

Целью нашего исследования явилось выявление механизмов взаимосвязи вероятностных ценностных ориентаций личности с временной перспективой и особенностями переживания времени. Определение ее влияния на эффективность и удовлетворенность деятельностью здоровой личности.

В качестве диагностических методик использовался метод ассоциаций, метод мотивационной индукции (МИМ) Ж. Нюттона (вариант Н.Н. Толстых), метод рефлексивного ценностного выбора Лефевра–Петровского. Полученные результаты подверглись статистической обработке с помощью методов описательной статистики, корреляционного и факторного анализа.

Исследование проводилось на базе самарских производственных компаний, общая выборка испытуемых составила 256 человек. Работа с каждым испытуемым проводилась индивидуально.

В соответствии с методом рефлексивного ценностного выбора, испытуемый осуществлял ценностный выбор с позиций «нормативных ценностей», выявляющих субъективное представление человека о том, как «правильно» жить и быть успешным, «эмоциональных желаний» и собственных, «личных приоритетов», представленных как результат критичного осмысления возможности реализации личных интенций посредством предоставляемых средой ресурсов. Согласованность системы ценностных ориентаций определялась как результат синергии, выраженный через имплицативную зависимость.

На основании метода мотивационной индукции, принадлежащего к типу методик на завершение предложений, измерялась удаленность по времени событий будущего.

Для определения особенностей переживания времени как категории ценности нами использовались ассоциативные методы и метод рассказа. На их основании удалось отобрать 222 повторяющихся ассоциации. С помощью метода факторного анализа полученные данные были разделены на четыре смысловых группы, внутри которых понятия имеют высокую корреляционную зависимость. Четыре смысловых группы, описывающих переживание времени, на основании семантического анализа были обозначены как «переживание времени как движения», «переживание возможности», «времени не существует» и «переживание как ощущение жизни».

Переживание «времени как движения» означает, что время воспринимается как меняющееся, быстрое или медленное течение в зависимости от обстоятельств, но всегда непостоянное.

Для данного переживания характерна высокая согласованность «нормативных, этических» и «эмоциональных» выборов субъекта при низкой согласованности с «рациональными, критичными» ценностными позициями. Характерными особенностями временной перспективы для этих людей являются равномерность и представленность всех её компонентов.

Интересно, что людей данного типа переживания отличает хорошо развитая способность к гибкому планированию и высокие показатели самоэффективности деятельности.

Переживание «времени как ресурса» отличается пространственным пониманием временного движения. Оно отличается наличием вектора движения от прошлого к будущему с пространственным и историческим акцентом. Характерно, что для данных испытуемых большое значение имеет наполненность времени субъектной активностью человека.

Данному переживанию соответствует высокая согласованность «нормативных, этических» и «рациональных, критичных» выборов субъекта. Временная перспектива отличается доминированием индекса «Жизнь», при котором мотивационные объекты не имеют четкого разграничения во времени и отдаленно представлены на всей линии временной перспективы личности. Такая перспектива отличается глубиной и позитивной ориентацией на будущее.

Переживание «времени как несуществующего» демонстрирует наиболее негативное отношение ко времени, его отрицание, его утилитарную ценность. Ему соответствует низкая степень согласованности системы ценностных ориентаций или конфронтация внутриличностных ценностных позиций. Временная перспектива отличается большим количеством целей и планов в отдаленном будущем без привязки к конкретному времени их реализации.

В переживании «времени как жизни» основной семантический акцент делается испытуемыми на ощущении пульсации. Интересно, что ассоциации с переживанием времени в данной группе испытуемых отличаются стереотипностью, рассказы схожи до ощущения повторяемости, суть их сводится к тому, что время — это быстро протекающая жизнь, которую надо наполнить деятельностью.

Для данной группы испытуемых не удалось обнаружить типичной модели согласованности ценностных выборов.

Полученные результаты позволяют говорить о том, что согласованность внутриличностных ценностных ориентаций тесно связана

с переживанием времени субъекта и особенностями построения временной перспективы личности.

Конечно, механизмы взаимозависимости ценностей, времени и перспектив требуют дальнейшего феноменологического обоснования и теоретического уточнения, но полученные данные уже сейчас позволяют более отчетливо видеть личность и определять условия, обеспечивающие возможность сохранения психологического здоровья и социальной активности в меняющейся окружающей среде.

Сагайдак С. С.

ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК

Индивидуальное развитие человека, как подчеркивал Б.Г. Ананьев, происходит во времени и отражается во временных отрезках человеческой жизни, возрастных периодах его развития. Только психические функции являются собственно онтогенетическими феноменами [Ананьев Б.Г., 2001]. Индивидуально-психологические особенности человека проявляются как возрастные особенности, изменяющиеся от возраста к возрасту, от одного периода к другому. Иными словами, проследить ход развития человека от возраста к возрасту возможно по изменчивости психофизиологических функций. Возникает необходимость изучения влияния на развитие человека таких факторов, как возраст и пол.

Метод непрерывного прослеживания микровозрастных различий в психофизиологическом развитии взрослых, предложенный Е.И. Степановой, основан на том, что зрелость представляет собой серию периодов, когда развитие происходит в результате перестройки структурных компонентов в психофизиологических функциях. Прослеживание изменений в пределах возрастных микропериодов позволяет обнаружить точки подъема, сближения и спада в психофизиологических функциях, свидетельствующие о неравномерности развития в разных возрастных группах [Степанова Е.И., 2000].

Проведено сравнительное изучение базовых психофизиологических параметров взрослых в макропериоде от 18 до 60 лет. При

наличии большого экспериментального материала, полученного в ходе исследования, стало возможным определение точек сближения и расхождения по девяти микровозрастным интервалам, предложенным в свое время Е.И. Степановой: 18-21, 22-25, 26-29, 30-33, 34-35, 36-40, 41-45, 46-49, 50-60 лет. Исследована половозрастная специфика трех базовых психофизиологических показателей, в совокупности характеризующих тип высшей нервной деятельности: выносливость нервной системы, подвижность и уравновешенность нервных процессов. Сравнительное изучение базовых психофизиологических параметров по девяти микровозрастным интервалам проведено на выборке испытуемых общей численностью 3444 человека: 1953 мужчин и 1491 женщина.

Психофизиологические и познавательные параметры проанализированы по трем критериям:

- возрастная динамика среднего значения показателя в рамках пола;
- половые различия показателей в пределах одних и тех же возрастных групп;
- разброс нормативных интервалов психофизиологических показателей в зависимости от пола и возраста.

Выявлено, что показатели выносливости нервной системы и подвижности нервных процессов с возрастом меняются незначительно у обоих полов. По показателю выносливости следует отметить наличие единственного пика высокого представительства выносливых женщин в период 22-25 лет. Некоторое преобладание степени выносливости присуще еще двум возрастным группам женщин относительно мужчин: в группе 36-40 лет и старше 45 лет. Максимальная выносливость у мужчин зафиксирована в возрасте 30-33 года. Но в целом как динамика, так и среднее значение показателя выносливости нервной системы в пределах возрастного интервала для мужчин и женщин приблизительно одинаковы.

Функциональная подвижность является природным задатком обучаемости. И для мужчин, и для женщин характерным является постепенное нарастание функциональной подвижности с 18 до 35 лет: пик и у тех, и у других приходится на возраст 34-35 лет. Этот пик, вероятно, является действительной вершиной карьерного роста с точки зрения природных возможностей человека к усвоению нового, гибкости, мобильности, адаптивности. Возрастная динамика показателя подвижности женщин имеет выраженный пик инертности в 46-49 лет.

Вероятно, это коррелирует с началом гормональной перестройки организма. Для мужчин пик сниженной функциональной подвижности наступает чуть позже — в 50-60 лет. Вообще для мужчин характерна достаточная возрастная стабильность показателя функциональной подвижности. Вероятно, это индикатор большей социальной активности мужчин по сравнению с женщинами.

Таким образом, для профессионального роста женщин наиболее благоприятным можно считать возраст 30-35 лет. Для мужчин — после 33 и до 50-60 лет. Нельзя забывать о том, что эти выводы сделаны на основе анализа средних значений. Всегда есть «несредние» сильные личности, формирующие свою жизнь и карьеру нестандартным образом (в первую очередь, по возрастным критериям).

Показатель уравновешенности нервных процессов свидетельствует о природных задатках эмоциональной стабильности. По показателю уравновешенности для обоих полов наблюдается наибольшая синхронность его динамического распределения с возрастом. Пик представительства уравновешенных в выборке приходится на возраст 46-49 лет и у женщин, и у мужчин. Одной из наиболее характерных особенностей по показателю неуравновешенности в сторону возбуждения является значительно большее представительство мужчин по сравнению с женщинами во всех возрастных группах. Особенно много мужчин, у которых выявлен показатель неуравновешенности с преобладанием процессов возбуждения, в возрасте 18-21 год. Для женщин с увеличением возраста наблюдается достаточно плавный рост представительства неуравновешенных в сторону торможения. Для мужчин также, но в еще меньшей выраженности. Таким образом, с возрастом у обоих полов нарастает вероятность проявления неуравновешенности с преобладанием процессов торможения.

На выборке 4872 человека (2637 мужчин и 2235 женщин) в возрасте от 18 до 60 лет включительно проведено исследование *оперативной памяти: словесной, числовой, образной*. Анализ статистических данных без учета пола в общей выборке 4872 человека выявил, что пик памяти на числа приходится на возрастные этапы 26-33 года. Спад уровня развития этого вида памяти наблюдается после 40 лет. Пик уровня развития памяти на слова наступает в 25-35 лет; спад начинается после 50 лет. Память на образы наиболее развита в возрасте 22-25 лет, спад наступает после 40 лет. При анализе выборки по признаку пола (2637 мужчин и 2235 женщин) без возрастной динамики обнаружено, что в зависимости от вида информации у мужчин

имеется преобладание уровня развития памяти на числа, у женщин — памяти на образы.

Одновременный учет пола и девяти возрастных микропериодов выявил следующие особенности. У женщин обнаружена последовательность пиков развития разных видов памяти: память на образы наиболее развита в 18-25 лет, в 22-25 лет наступает пик развития памяти на числа, а память на слова наиболее развита в 26-40 лет. При этом возрастного уменьшения эффективности запоминания словесной информации не обнаружено, а спад уровня развития остальных видов памяти наступает после 40 лет. Память на числа у мужчин наиболее развита в возрасте 26-33 года, память на слова — в 26-35 лет, память на образы более эффективна достаточно длительное (по сравнению с женщинами) время — 18-35 лет. То есть пик уровня развития памяти на образы, числа и слова наблюдается примерно в одном возрасте (в среднем в интервале 26-33 года); после 45-50 лет уровень всех видов памяти снижается.

Самойлов Г. Н., Алешичева А. В.

КОМПОНЕНТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СПОРТСМЕНОВ, ПРИНИМАЮЩИЕ УЧАСТИЕ В МЕХАНИЗМАХ САМОУПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТЬЮ

Проблема изучения психологических механизмов самоуправления здоровой личностью, безусловно, многоаспектна, и, приступая к ее решению необходимо определиться как минимум в двух параметрах: о какой личности будет идти речь и как трактовать ее здоровье. Иначе говоря, понятно, что здоровье — это многоуровневое понятие, отражающее разные стороны существования человека и являющееся условием успешности его жизнедеятельности (биологический уровень), гармоничности психологической сферы (психический уровень) и оптимальной трудоспособности и социальной активности (социальный уровень).

В нашем исследовании речь пойдет о спортсменах, и, исходя из специфики их вида деятельности, очевидно, что формулировка психического здоровья будет иметь свои особенности. В связи с этим мы

предлагаем формулировку понятия «психическое здоровье спортсмена», под которым понимаем такую организацию его психологической сферы, которая обеспечивает ему гармоничность и согласованность взаимодействия с тренерами и коллегами по спорту, психологический комфорт, возможность к духовному саморазвитию и самореализации в спортивной среде, а также высокий уровень адаптации, саморегуляции и психологической защиты в процессе деятельности в экстремальных условиях соревнований, самоконтроль и психологическую устойчивость к психотравмирующим факторам.

Общеизвестно, что спортсмены, особенно высокой квалификации, обладают большим спектром и в большей мере выраженными физиологическими возможностями, чем люди, не занимающиеся спортом. И если при этом вспомнить о теснейшей взаимосвязи и взаимодействии между физиологическими и психологическими функциями, то станет понятным предположение, заключающееся в том, что именно поэтому спортсмены должны иметь и более широкий спектр компонентов психического здоровья. И, очевидно, для них имеет значение не только количество, но и степень их развития, то есть по сравнению с лицами, не занимающимися спортом, они должны быть выражены значительно сильнее, конечно, при условии, что спортсмен психически здоров.

Поэтому целью нашего исследования был анализ особенностей проявления психического здоровья у спортсменов и участие его компонентов в психологических механизмах самоуправления личностью спортсмена.

Прежде всего, следует подчеркнуть, что мы разделяем представление о психическом здоровье ведущего специалиста в этой области Германа Сергеевича Никифорова, который обобщенными его показателями считает интегрированность личности, ее гармоничность, уравновешенность, духовность и ориентацию на саморазвитие.

Вместе с тем, в процессе реализации цели нашего исследования, мы натолкнулись на необходимость ввести в целостное понятие психического здоровья спортсменов дополнительные структурные компоненты, которыми обладают спортсмены с высоким уровнем психического здоровья. Это именно те компоненты, которые обеспечивают максимальную мобилизацию спортсмена и проявление своих возможностей на предельном или околопредельном уровне в экстремальных условиях ответственных масштабных соревнований.

Ведь из психологии спорта и опыта спортивной деятельности известно, что при равном уровне физической, технической и тактической подготовленности спортсменов, побеждает тот, у кого сильная нервная система и высокая степень надежности функционирования психики. Другими словами, те компоненты психики, которые обеспечивают спортсмену получение больших успехов в спорте, могут целенаправленно формироваться и совершенствоваться в процессе специальной психологической подготовки, что, в свою очередь, обеспечит ему умение владеть собой или успех в самоуправлении.

Итак, какие же компоненты являются, на наш взгляд, незаменимы в психическом здоровье здоровой личности, которой является спортсмен. К ним можно отнести совершенную саморегуляцию, высокий уровень адаптации и психологической защиты.

В наших исследованиях формирование умения управлять своими психическими состояниями достигалось путем усвоения и систематического применения спортсменами методов ауторегуляции, мышечной релаксации в комплексе с дыхательными упражнениями (верхнее, среднее и нижнее дыхание). Эффективность обучения методам саморегуляции достигалась в условиях применения влияния на биологически активные точки лазеропунктуры. Спортсмены, овладевшие технологией саморегуляции, демонстрировали высокие спортивные результаты в игровых видах спорта, гимнастике, легкой атлетике и в единоборствах. Как правило, большинство из этих спортсменов обретали умение управлять своими мыслями и поведением. Им было свойственно умение «погашать» свои негативные эмоциональные реакции, т.е. они обладали эмоциональной устойчивостью, собранностью, выдержкой. Саморегуляцию как компонент психического здоровья спортсменов следует рассматривать и как важный системообразующий фактор в психологическом механизме самоуправления у спортсменов.

Определение лабильности и широты адаптивных реакций у спортсменов убеждает в том, что высокий уровень адаптации, во-первых, обеспечивает быструю перестройку психофизиологических процессов, детерминируя тем самым успешность спортивной деятельности; во-вторых, обуславливает пластичность и компенсацию в проявлении личностных качеств и свойств, определяя участие в психических состояниях спортсмена, наиболее соответствующих в данный момент времени психологических комплексов для получения максимально выраженной функции; и в-третьих, совокупность адаптивных реакций

является важным компонентом в психологическом механизме самоуправления личностными проявлениями спортсмена. При этом следует отметить, что обретение высокого уровня адаптации возможно только путем систематических тренировок и участия в разномасштабных соревнованиях, причем спортсмен адаптируется только к определенному виду деятельности, т.е к требованиям конкретного вида спорта.

Овладение спортсменом различными видами психологической защиты также является одним из условий успешного преодоления влияния стрессогенных факторов соревнований и компонентом психического здоровья. В спортивной деятельности наиболее успешно используются такие виды психологической защиты, как идентификация, изоляция, компенсация, отрицание. Умелое применение этих видов психологической защиты детерминирует устойчивость психологической сферы и может рассматриваться как один из аспектов в психологических механизмах реализации процесса самоуправления здоровой личностью спортсмена.

Таким образом, можно констатировать, что в представление о психическом здоровье спортсмена можно включить такие компоненты, как адаптивность, саморегуляцию и психологическую защиту, которые принимают непосредственное участие в психологических механизмах самоуправления здоровой личностью.

Светлакова В. П.

ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ К ПРОБЛЕМЕ СУИЦИДА (НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Изучение проблемы суицида среди молодежи показывает, что в целом ряде случаев подростки решались на самоубийство в целях обратить внимание родителей, педагогов на свои проблемы и протестовали таким страшным образом против бездушия, безразличия, цинизма и жестокости взрослых. Решаются на такой шаг, как правило, замкнутые, ранимые по характеру подростки от ощущения одиночества, собственной ненужности, стрессов и утраты смысла жизни. С целью выявления латентного потенциала суицидальных намерений и суицидального поведения среди подростков и молодежи специалистами

отделения статистики, анализа и прогноза БУ Омской области «Центр социальной помощи семье и детям (с социальной гостиницей)» в декабре 2011 года был проведен социологический опрос. Выборочную совокупность исследования составили учащиеся средних общеобразовательных школ, начальных профессиональных, средних и высших учебных заведений г. Омска. Всего 319 человек, в том числе — 190 юношей и 129 девушек. Некоторые результаты проведенного исследования приведены в данной статье.

На вопрос «Есть (были) ли у вас «кумиры», которые вызывают у вас восхищение и воспринимаются как образец поведение?» более трети опрошенных признались, что такие «кумиры» присутствовали в их жизни. Причем больше всего таковых среди девочек-подростков (44,4%), а 28,6% мальчиков-подростков затруднились с ответом (против 7,9% в общей выборке). Это вполне объяснимо, поскольку именно в этом возрасте формируется система ценностей и во многом благодаря подражанию образу «кумира». Большую тревогу вызывает факт наличия в сети Интернет сайтов, пропагандирующих самоубийство как способ избавления от проблем. Среди участников исследования значительная доля респондентов подобные сайты не посещает (93%). Но вызывает тревогу тот факт, что среди посещающих данный сайт большинство — подростки в возрасте 12-14 лет (12%). И здесь наблюдаются явные гендерные различия: почти каждый третий мальчик-подросток знает об этом сайте и посещает его. В рамках проведенного исследования было важно выявить отношение респондентов к проблеме самоубийств. С утверждением «Самое ценное на свете — это человеческая жизнь, и никто не вправе лишать ее человека, в том числе он сам» согласилось подавляющее большинство респондентов, принявших участие в исследовании (82,4%). В общей выборке больше таковых среди девочек-подростков (88,9%). Но каждый третий юноша в возрасте 20-24 года с данным утверждением не согласен. То, что «Главное в жизни — забота о своем здоровье и благополучии» подтвердили 74,3% респондентов. Суждение «Самоубийство — это грех, и никакие обстоятельства не могут оправдать этот поступок» приемлемо также для большинства респондентов (70%). Высказывание «Когда самоубийства совершают чужие мне люди, я отношусь к этому терпимо, но для меня и моих близких это не приемлемо» близко половине опрошенных. Причем каждый четвертый затруднился с ответом на данный вопрос. С суждением «В результате некоторых обстоятельств решение человека о самоубийстве

можно понять» согласились около 40% опрошенных, столько же дали отрицательный ответ.

Для выявления мнения молодежи об основных причинах суицидальных попыток был задан вопрос: «В результате каких событий и обстоятельств решение человека уйти из жизни может быть оправдано?». Согласно данным опроса, 61,1% респондентов считают, что решение уйти из жизни ничем не может быть оправдано. Для 17,3% респондентов таким обстоятельством может быть «Разочарование в любви», причем таковых больше среди девочек-подростков (27,8%) и юношей 15-19 лет (21,1%). Далее следует ответ «Предательство близкого человека» (13,5%). Следует обратить внимание, что девушки во всех возрастных категориях выбирали этот ответ чаще, чем юноши. Когда же человек сознательно жертвует своей жизнью, когда он не случайно, а сознательно идет на смерть, «тяжелая болезнь» выбрала небольшое количество респондентов (2,8%). На вопрос «Бывали ли у Вас такие жизненные ситуации, когда возникали мысли о самоубийстве?» большинство опрошенных дали отрицательный ответ 74,6%. Обращает на себя внимание то, что в целом по выборке таковых больше среди мужчин, чем женщин (64,3% и 81,6% соответственно) и у респондентов с высшим образованием (89%). В «группу риска» попадают подростки, которые не всегда в состоянии контролировать свои эмоции и переживания и могут избрать добровольный уход из жизни как способ решения всех проблем. Так, каждый пятый ответил, что «Да, такие мысли посещают часто», а почти треть опрошенных мальчиков-подростков отметили «Да, такие ситуации бывали». Результаты опроса показали, что среди респондентов из полных семей у большинства не возникало мыслей о самоубийстве (78,9%). Сравнение ответов, выбранных респондентами из разных типов семей, свидетельствуют, что чаще всего суицидальные мысли возникают у респондентов, не имеющих родителей. Как показал опрос, существует прямая зависимость суицидальных намерений молодежи от психологического климата и обстановки в доме. Результаты проведенного исследования выявили, что суицидальные мысли чаще всего возникают у респондентов, которые оценивают царящую атмосферу в доме как «плохую» у каждого четвертого. Также каждый третий (37,6%) респондент, который оценил обстановку в доме как плохую, отметил что у него бывали жизненные ситуации, когда возникали мысли о самоубийстве. Большинство респондентов ответивших, что никогда их не посещали

мысли о самоубийстве отметили, что у них очень хорошая обстановка в доме (86,3 %).

В ходе проведенного исследования важно было выявить, кому респонденты доверяют, с кем они могли бы поделиться суицидальными намерениями. Результаты проведенного исследования показали, что чаще всего респонденты говорили о своих суицидных намерениях друзьям (54,3%). Причем с друзьями готовы поделиться почти 90% девочек-подростков. С родными делятся только (13,6%) опрошенных, больше таковых среди девушек в возрасте 15-19 лет (29,4%). Обращение к психологу, ТД упоминалось крайне редко (2%). Но с психологом готовы поделиться респондентки более старшего возраста — 10% девушек в возрасте 20-24 года. Позвонить на ТД также готовы в случае возникновения суицидальных мыслей респонденты более старших возрастов, среди которых преобладают девушки. Настораживает тот факт, что 25,9% ответивших, то есть каждый четвертый, предпочитает не обсуждать возникшие суицидные мысли. Так, ответы «никому» отметили 50% мальчиков в возрасте 12-14 лет и 100% юношей в возрасте 20-24 года. А в общей выборки его отметили почти в два раза больше мальчиков и юношей, чем девочек и девушек. Но при ответе на вопрос «Как вам кажется, что может помочь человеку, собравшемуся совершить суицидальный поступок?» 40,7% респондентов склоняются к тому, что в данной ситуации поможет разговор с близким родственником. Это отметили 57% мальчиков-подростков. Разговор с психологом по ТД отметили 18,2% респондентов. Но никто из мальчиков-подростков данный ответ не отметил. Каждый четвертый затруднился ответить на данный вопрос; а каждый шестой отметил, что ничего не может помочь человеку в данной ситуации. Причем то, что ничего не может помочь человеку, собравшемуся совершить суицидальный поступок, отметили почти половина мальчиков-подростков (43%) и каждая третья девочка-подросток (33,3%). В рамках социологического опроса важно также знать, есть ли в окружении друзей респондентов люди, которые говорили о намерениях совершить самоубийство. При ответе на вопрос «Кто-либо из ваших друзей говорил о намерениях совершить самоубийство?» большинство респондентов ответили отрицательно (69,3%). Каждый четвертый ответил утвердительно, причем таковых больше в возрастной группе 12-14 лет (52%) и среди девушек в возрасте 15-19 лет (42,3%). Следует обратить внимание на то, что среди тех, кто имеет в своем окружении

друзей, которые говорили о намерениях совершить самоубийство больше девушек, чем юношей (соответственно 42,6% и 14,2%).

На вопрос «Была ли в Вашей жизни попытка самоубийства?» большинство респондентов ответили отрицательно (92,2%). Такой вариант ответа выбрали все юноши в возрасте 20-24 лет (100%). Настораживает то, что больше всего респондентов, давших утвердительный ответ среди подростков 12-14 лет (32% против 7,8% общей выборки). Также можно указать на то, что во всех возрастных категориях девушки выбрали утвердительный ответ несколько чаще, чем юноши.

Результаты проведенного исследования показали, что связь между склонностью к суицидальному поведению и употреблением алкоголя и наркотических веществ имеет место. Так среди респондентов, которые употребляют алкоголь, суицидальные попытки совершили 12,5% против 3,4% и 14,3%, употребляющих наркотики, против 7,2% респондентов, ведущих здоровый образ жизни. Респонденты, не употребляющие алкоголь и наркотические вещества, в большинстве своем никогда не предпринимали попытку добровольного ухода из жизни (96,6% и 92,2% соответственно). Таким образом, прослеживается связь склонности к суицидальному поведению с девиантным поведением молодёжи.

Снегова Е. В.

СВЯЗЬ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ СТАРТОВОГО КАРЬЕРНОГО КРИЗИСА

Поиск новых адекватных нынешней ситуации подходов и программ по оказанию психологической помощи молодежи в сфере карьерного консультирования обуславливает необходимость изучения психологических факторов, связанных с увеличением вероятности возникновения стартового кризиса профессиональной карьеры.

Под кризисом профессиональной карьеры мы понимаем пространственно-временную, когнитивную, эмоциональную и конативную, внутренне или внешне обусловленную дезинтеграцию личности, вызванную противоречиями в ситуации ее профессионального самоопределения и развития.

При этом стартовый кризис карьеры или кризис карьеры начального этапа профессионального самоопределения, связанный, главным образом, с трудностями, обусловленными первичным выбором профессионального пути, по нашему мнению, является наиболее значимым, бесспорно влияющим на специфику развития профессиональной карьеры.

В свою очередь, успешность реализации профессионального выбора и дальнейшего профессионально-карьерного развития определяется, в том числе, социально-профессиональной личностной позицией, центральной составляющей которой является система ценностей человека.

В соответствии со всем вышеизложенным целью нашей работы стало изучение ценностных ориентаций, связанных с возникновением стартового кризиса профессиональной карьеры.

В исследовании принимало участие 293 человека. Группа испытуемых включала в себя: 179 женщин и 114 мужчин.

В связи с тем, что на начальном этапе профессионального самоопределения имеется три стадии (стадия предварительных намерений выбора профессии, стадия первичной и стадия вторичной коррекции профессиональных ожиданий), выборка респондентов была разделена на три группы.

Школьники: 9-е классы — 51 человек, возраст 15 — 16 лет; 11-е классы — 49 человек, возраст 16 — 17 лет, всего — 100 человек. Студенты: 2 курс — 85 человек, возраст 18 лет — 22 года; 4 курс — 68 человек, возраст 20 лет — 24 года, всего — 153 человека. Молодые специалисты: всего — 40 человек, возраст 23 года — 29 лет.

С целью обнаружения стартового кризиса профессиональной карьеры использовались методы: анкета «Причины эмоционального дискомфорта» Л. В. Куликова, биографическая анкета и тест незаконченных предложений.

Изучение ценностных ориентаций реализовывалось с применением методики М. Рокича.

В ходе анализа полученных данных была установлена количественная представленность респондентов, находящихся в состоянии переживания стартового кризиса профессиональной карьеры.

Так 15,3% респондентов испытывают переживание, связанное с критической осознаваемой фазой стартового кризиса профессиональной карьеры. 34,1% респондентов испытывают переживание, связанное с предкритической, неосознаваемой фазой карьерного кризиса.

Причем на стадии предварительных намерений выбора профессии 48% молодых людей переживают кризис карьеры, из них 8% респондентов — критическая фаза осознанного переживания кризисного состояния, 40% респондентов — предкритическая фаза частичноосознанного переживания кризисного состояния.

На стадии первичной коррекции профессиональных ожиданий 47% молодых людей переживают кризис карьеры (14% респондентов — критическая фаза осознанного переживания кризисного состояния, 33% респондентов — предкритическая фаза частичноосознанного переживания кризисного состояния).

В свою очередь, на стадии вторичной коррекции представлений о желаемой и подходящей сфере деятельности 62% молодых людей переживают стартовый кризис карьеры (40% респондентов — критическая фаза осознанного переживания кризисного состояния, 22% респондентов — предкритическая фаза частичноосознанного переживания кризисного состояния).

Следовательно, уровень представленности критической фазы осознанного переживания кризиса профессиональной карьеры выше на более поздних стадиях начального этапа профессионального самоопределения.

Также в результате обработки и анализа данных обнаружены два комплекса ценностных ориентаций, формирующих факторы «стремление к внешней гармонии в ущерб внутренней гармонии» и «широта взглядов в противовес непримиримости», связанные с показателями стартового кризиса профессиональной карьеры.

При этом фактор «стремление к внешней гармонии в ущерб внутренней гармонии» имеет положительную связь на уровне ($p < 0,05$) с показателем наличия стартового кризиса карьеры, в то время как фактор «широта взглядов в противовес непримиримости» имеет положительную связь на уровне ($p < 0,05$) с показателем отсутствия кризиса карьеры.

Установлено также, что степень связи показателей кризиса карьеры с факторами «широта взглядов в противовес непримиримости» и «стремление к внешней гармонии в ущерб внутренней гармонии» одинакова на всех трех стадиях начального этапа профессионального самоопределения.

Таким образом, вышеизложенное свидетельствует том, что чем более значимы для молодых людей ценности, связанные со стремлением к внешней гармонии, материально обеспеченной жизни, внешнему

благополучию, и менее значимы ценности, связанные со стремлением к внутренней гармонии, саморазвитию, самосовершенствованию, тем выше вероятность возникновения у них стартового кризиса карьеры.

Соколова Г. И.

СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ ЕЁ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Снижение внимания общества к проблемам воспитания детей в семье приводит к чрезвычайно неблагоприятным социальным последствиям, среди которых можно назвать: рост подростковой наркомании, раннее материнство, внебрачные дети, преступность несовершеннолетних, насилие над детьми, социальное сиротство и т.п. (Андреева Т.В. Психология современной семьи. СПб., 2005).

Статистика наступившего 2012 года случаев самоубийства среди подростков свидетельствуют о недостаточном внимании в отечественной науке и практике к вопросам воспитания и формирования жизнеутверждающих отношений в семье. Наблюдается тенденция нарушения детско-родительских отношений и воспитательной функции самих родителей. Воспитание детей в семье сводится до примитивного уровня питания, одевания, наказания и отождествляется в большей мере с назиданиями и поучениями.

Все это не может не сказаться на социальном здоровье современной семьи. Оно настолько неблагоприятно, что семья в этих условиях не в состоянии в полной мере заниматься воспитанием своего ребенка. Кроме того, семья постоянно ощущает на себе негативное влияние всех изменений в обществе (молодёжная и подростковая субкультура), очередные общественные и государственные «преобразования», ее финансово-экономические «потрясения». Все это сказывается на приоритетах внутрисемейных отношений, сокращается время общения с ребенком, не реализуется в целом воспитательный потенциал семьи.

Воспитание ребенка в семье — сложный социально-педагогический процесс. Семья воздействует на развитие личности детей не просто самим фактом, что она есть семья, а благоприятным морально-психологическим климатом, здоровыми отношениями между ее членами. Она отражает, прежде всего, атмосферу и умение родителей

выстроить педагогическое взаимодействие с ребёнком как ведущего фактора формирования его как личности.

Существуют различные по характеру требования родителей к построению взаимоотношений родителей и детей. Это, прежде всего:

- осознание родителями ответственности за воспитание ребенка и направленности воспитательных усилий на общечеловеческие ценности в дальнейшей жизни ребенка с учетом его личностных особенностей;
- психолого-педагогические представления отцов и матерей о методах воспитания детей в семье, способность применять их в соответствии с его особенностями, объективно оценивать и помогать ему в трудностях, уважать право на его самостоятельность.

Воспитательная функция является важной составляющей семейного организма, так как именно она придает всем другим функциям семьи смысловое содержание в формировании полноценного человека в будущем.

Начинать воспитание в семье ребенка надо как можно раньше. Роль семьи состоит в большей мере в передаче ребёнку «нравственного опыта» в жизни и способности ребенка сохранять и преумножать его в процессе интеграции в общество. Чтобы приобретённый им социальный опыт в семье не противоречил природе самого ребенка и нравственным постулатам общества.

Родители были и остаются первыми воспитателями ребенка. Личный пример родителей — важнейшее средство влияния на воспитание ребенка. Не имея достаточных знаний и опыта, ребенок копирует взрослых, подражает их действиям, что становится в дальнейшем «образцом для подражания» в его собственном поведении. Опыт ребенка, приобретенный в семье в младшем возрасте, становится подчас единственным критерием отношения ребенка к окружающему миру и людям.

Однако слабое взаимодействие семьи и школы также не в состоянии позитивно решать проблему социализации и защиты детей в той мере, как этого требуют сегодняшние обстоятельства. Старые структуры взаимодействия с семьёй распались, новые — службы социальной помощи проблемным детям и их семьям в школе создаются медленно, зачастую непрофессионально. Возникает реальная опасность деформации межличностных связей между членами семьи и наследования семьёй культурно-исторического опыта воспитания.

С другой стороны, школа, как ведущий институт социализации ребёнка, в силу тех же объективных трудностей, ограничивает свою деятельность исполнением первостепенной функции — дать детям знания и отгораживается «железным занавесом» от проблем семьи и детей. В-третьих, слабые контакты службы социального сопровождения школы с семьёй проблемного ребенка и регуляции воспитательных отношений между родителями и детьми не формируют того должного уважения к семье, которое должно складываться в его возрасте. (Василькова Т.А., Василькова Ю.В. Социальная педагогика. М., 2010).

Школа за последние годы накопила немало педагогических технологий работы с семьёй, что позволяет осуществлять коррекцию заинтересованности и поведения родителей в отношении своих детей. Во всех случаях справедливо одно: какой бы проступок ни совершил ребенок, он нуждается в участии, сочувствии и помощи со стороны родителей, если он попадает в трудную жизненную ситуацию. Это первый шаг на пути к ребенку (Поташевская Т.Г. Семья и школа: проблемы и пути взаимодействия. СПб., 2006).

Опрос большого количества родителей (46,3 %) показал, что большинство отцов и матерей за сохранение должности социального педагога и психолога в школе. Они понимают, что не могут без специалистов оказать им необходимую помощь. Разрешение этого возможно, на наш взгляд, при условии тесного взаимодействия ребенка, семьи и службы социального сопровождения школы.

Говоря о совместной работе школы и семьи по воспитанию детей, нельзя не сказать о наиболее эффективной форме социальной работы с семьёй, где есть проблемные дети. Имеется в виду активное участие родителей в жизни класса и того детского коллектива, где учатся или трудятся их дети. Речь идет не о механическом перемещении всей тяжести воспитательной работы с плеч классного руководителя на родителей, речь идет о создании единого разновозрастного «совета» или «ядра», объединенного единством целей в социальном сопровождении и поддержке тех подростков, которые находятся в трудной жизненной ситуации и дома, и в школе.

Исследования проведенные среди учащихся 5-10 классов в школах Санкт-Петербурга, подтверждают тенденцию ухудшения отношений между родителями и детьми, особенно в возрасте 12-14 лет («отношения плохие — 13 %, могли быть лучше — 21 %»). Работа с семьёй, где есть проблемные дети, становится одним из важных направлений работы социального педагога в школе.

Таблица

Критерий оценки отношений	12-14 лет	15-16 лет
Отношения хорошие	46%	34%
Отношения могли бы быть и лучше	21%	28%
Отношения плохие	13%	14%
Иногда лучше, иногда хуже	20%	24%

Привлечение родителей и интересных людей, близких семье, к руководству кружками и спортивными секциями, к организации походов и экскурсии, детских праздников и соревнований усиливает не только само наставничество. В этом случае семья становится еще одним важным фактором социального воздействия на физическое, психическое и социальное развитие ребенка в целом. В этом случае успешнее идет процесс формирования позитивных детско-родительских отношений.

Исследование опыта совместной работы школы, семьи и социальных центров по реабилитации проблемных детей показывает следующее: чем активнее семья взаимодействует со службой социального сопровождения, тем выше их культура семейного воспитания.

Тойшыбекова М. К., Исхакова Э. В.

АРТ-ТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С ДЕВИАНТЫМИ ПОДРОСТКАМИ

Девиантные подростки обнаруживают целый ряд свойств, таких как отсутствие или утрата смысла жизни, несформированные нравственные ценности, внутренняя пустота, блокировка самореализации, фрустрированность потребностей, внутренние конфликты, малопродуктивные механизмы психологической защиты, тревога, депрессия, трудности понимания и выражения эмоций. Нормальное развитие человека должно иметь опыт самовыражения. Напротив, нереалистичные, искаженные представления о себе, противоречивый опыт, внутренний конфликт между потребностью самореализации и зависимостью от оценок извне, — все это вызывает проблемное поведение

[Змановская Е.В., 2006]. Отдельно следует указать на подростковый кризис, связанный с духовным ростом и изменением психического статуса. Наиважнейшими факторами, влияющими на возникновение кризиса, являются рефлексия на внутренний мир и глубокая неудовлетворенность собой. Потеря идентичности с самим собой, несовпадение прежних представлений о себе с сегодняшним образом — вот основное содержание подростковых переживаний. Неудовлетворенность может быть столь сильной, что появляются навязчивые состояния непреодолимые угнетающие мысли о себе, сомнения, страхи. При этом сохраняется критическое отношение к этим состояниям, что усугубляет тяжелые чувства подростка [Мухина В.С., 1999]. Решение конкретных профилактических задач в отношении девиантных подростков требует поиска и подбора эффективных психологических средств коррекции. Анализируя научные источники, мы пришли к выводу, что использование арт-терапии в работе с подростками девиантного поведения имеет большую ценность. Основная цель арт-терапии состоит в гармонизации развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания. С точки зрения представителя классического психоанализа, основным механизмом коррекционного воздействия в арт-терапии является сублимация. По мнению К. Юнга, искусство, особенно легенды и мифы и арт-терапия, использующая искусство, в значительной степени облегчают процесс индивидуализации саморазвития личности на основе установления зрелого баланса между бессознательным и сознательным «Я» [Осипова А.А., 2004].

Основными функциями арт-терапии являются: катарсическая (очищающая, освобождающая от негативных состояний); регулятивная (снятие нервно-психического напряжения, регуляция психосоматических процессов, моделирование положительного психоэмоционального состояния); коммуникативно-рефлексивная (обеспечивающая коррекцию нарушений общения, формирование адекватного межличностного поведения, самооценки) [Медведева Е.А., Левченко И.Ю., Комиссарова Л.Н., Добровольская Т.А., 2011].

Каждому человеку, необходим какой — либо объект, на котором он мог бы реализовать субъективность, проявить свою сущность, выразить себя. Художественная деятельность предоставляет возможность чувствовать себя творцом, научиться компенсировать средствами искусства негативные переживания, моделировать коммуникативный процесс как общение с собственными произведениями, так и с окружающими людьми — чувствовать свою значимость [Вальдес Одриосола М.С., 2005].

В процессе арт-технологической работы нередко используются музыкотерапия, танцевальная терапия, сказкотерапия, драматерапия, фототерапия и т.д. Привлекательность изотерапии объясняется тем, что она направлена на обучение подростка видению в своей изобразительной продукции некоего смысла и осознанию ее связей с содержанием своего внутреннего мира и опыта, а также на развитие способности к ведению «внутреннего диалога» — к интроспекции и рефлексии [Пурнис Н.Е., 2008]. В коррекционных воздействиях музыкотерапия может использоваться в трех формах: коммуникативной — совместное прослушивание музыки, направленное на поддержание взаимных контактов, взаимопонимания и доверия; реактивной — направленной на достижение катарсиса; регулятивной способствующей снятию нервно-психического напряжения. Танцевальная терапия применяется в работе с подростками, имеющими эмоциональные расстройства, нарушения межличностного взаимодействия. Целью танцевальной терапии является развитие и осознание своего тела, создание позитивного образа тела, развитие навыков общения, исследование чувств и приобретение группового опыта. Драматерапия помогает подростку выстроить адекватную систему психологической защиты. А также дает выход внутренним конфликтам и сильным эмоциям, помогает при интерпретации вытесненных переживаний, способствует повышению самооценки, способности осознавать свои ощущения и чувства — мы тем самым прокладываем путь к подсознанию. В процессе драматической игры к тому же задействуются память, внимательность, воля, воображение, чувства, логика, умение владеть своим телом. Участие в постановках, спектаклях даёт подросткам возможность обновления и перемены собственной жизни, шанс попробовать себя в ином образе. Проигрывая сложные жизненные ситуации, обращаясь к тайникам души в поисках нужных эмоций, подросток становится более уверенным в различных ситуациях общения. Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева говорит о том, что сказкотерапия — это и терапия средой, особой сказочной обстановкой, в которой могут проявляться потенциальные части личности. В основе сказки всегда лежит метафора. Метафора — это вид символического языка, который в течение многих столетий используется в целях обучения и передачи информации. Метафорическое познание не зависит напрямую от логических рассуждений и не нуждается в проверке точности нашего восприятия [Милис Дж., Кроули Р, 1996]. Семейное неблагополучие — одна из основных причин, определяющая состояние и динамику девиантного поведения подростков. Подросток в такой семье рано утрачивает

потребность в общении с родителями. Если взрослые не могут своевременно изменить характер отношений с подростками, сохранить влияние на них, одновременно предоставляя им больше инициативы, самостоятельности в решении проблем, то это может отрицательно повлиять на формирование их жизненных установок. Арт-терапия в работе с семьей использует такие методы как совместное рисование, сочинение и переписывание сказок, работа с семейными фотографиями. Проводя обсуждение фотографии с подростками и родителями, специалист может переводить их фокус внимания с прошлого на настоящее, с их чувств на значения действий или событий. При обсуждении фотографии родители и подростки могут прийти к новому восприятию себя и разных ситуаций, представить себе развитие различных вариантов событий, а также критически оценить характерные для себя модели поведения [Копытин А.И., 2010].

Таким образом, арт-терапия — универсальный метод профилактической и коррекционной работы с девиантными подростками, так как она может служить инструментом развития и гармонизации подростков и повышения качества их жизни, способствует развитию их творческого потенциала, позволяет скорректировать имеющиеся у них эмоциональные, поведенческие и интеллектуальные нарушения.

Утепбергенова З.Д.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ШКОЛЬНИКУ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ САМООПРЕДЕЛЕНИИ

Основная тенденция развития профориентационной и профконсультационной работы с подростками и юношами — всемерное содействие побуждению собственной активности молодого человека. Специалисты в этой области делают попытку уйти от традиционной диагностико-рекомендательной схемы профконсультации, когда подростка или юношу сначала консультируют с помощью различных методик, а затем, после анализа полученных данных, профконсультант выдаёт клиенту рекомендацию, в лучшем случае — несколько вариантов таких рекомендаций. Психолого-педагогическая помощь школьнику в профессиональном самоопределении должна быть направлена на создание условий для самостоятельного решения проблем с помощью специальных

методов, например, выделяются следующие этапы организации активизирующего консультационного воздействия [Немов Р.С., 1995].

Предварительный этап — ещё до встречи со школьником, на котором консультант должен познакомиться с предварительной информацией об учащемся и на основании анализа этой информации выдвинуть предварительную профориентационную гипотезу — определить проблему и наметить пути её решения.

1. Общая оценка ситуации консультирования по следующим составляющим: особенности данного учащегося (в чём он сам видит проблему), условия консультирования (насколько они помогают решать проблему учащегося), самооценка профконсультанта (насколько он готов помочь данному школьнику). На 1 этапе важно не столько «исследовать» учащегося, сколько помочь ему сформулировать собственную проблему, поэтому особенное значение имеет организация эмоционально-доверительного контакта со школьником и такое последовательное развитие этого контакта: в начале — максимальная доброжелательность; далее — доброжелательность и конструктивность; в завершение консультации доброжелательность и оптимальное настроение.

2. Выдвижение (или уточнение) профконсультационной гипотезы, которая включает общее представление о проблемах клиента и возможного пути и средства решения этой проблемы.

3. Совместное решение выделенной проблемы, допускающее использование в ряде случаев и неактивизирующих методов, например, стандартизированных психодиагностических средств. Главное, чтобы учащийся понимал общую логику проводимой совместной работы, т.е. оставался субъектом самоопределения.

Работа на данном этапе предполагает решение следующих основных задач:

1. Задача информационно-справочная может быть решена с помощью профессиограмм, специальной справочной литературы, компьютерных информационно-поисковых систем и т.п.

2. Задача диагностическая, направленная в идеале на самопознание юноши (девушки), может быть решена с использованием несложных, понятных клиенту психодиагностических методик.

3. Задача, связанная с морально-эмоциональной поддержкой самоопределяющегося человека. Здесь могут быть использованы приёмы и техники, заимствованные из психотерапии и консультативной психологии [Берн Э., 1988; Мелибруда М., 1986; Мэй Р., 1994], а также специальные игровые профконсультационные методики.

Цель такой работы — вселение в юношу оптимизма, уверенности в себе, а также проигрывание в специальных процедурах сложных моментов, связанных с самоопределением.

4. Задача, связанная с принятием конкретного решения.

5. Задача — совместное поведение итогов, что важно как для рефлексии учащегося, так и для развития рефлексии самого профконсультанта [1, с. 400].

В ходе консультирования были применены следующие методики:

1. «Тест профессиональных интересов» (Голланд).

2. Тест «Уровень мотивации достижения».

3. Сочинение на тему «Моя будущая профессия».

4. Диагностическая методика «Профессиональная готовность».

Исследование проводилось на базе средней общеобразовательной школы №29 Алматинской обл. Выборка составила 10 человек для экспериментальной группы, 10 человек для контрольной группы. В контрольной группе проводилось исследование профессиональных интересов (Голланд), диагностическая методика «Профессиональная готовность», оценка «Уровня мотивации достижения».

Для экспериментальной группы был использован полный комплекс методик. В исследовании принимали участие учащиеся десятих классов.

«Тест профессиональных интересов» (Голланда).

В результате проведённого эксперимента получены следующие данные:

а) «Тест профессиональных интересов» показал, что возросла дифференцированность личности (т.е. дифференцированность сферы интересов в разных профессиональных областях, т.к. индивиды с плохо дифференцированным кругом интересов часто встречаются трудности в составлении списка профессий, плохо осознают, что они хотят от своей профессиональной карьеры), в контрольной группе на 48%, в экспериментальной группе — на 63%.

б) Уровень мотивации достижения в контрольной группе остался почти прежним, в экспериментальной группе: низкий уровень изменился с 73% до 58%; средний с 21% до 40%; высокий с 0% до 2%. Это говорит о повышении потребности в достижении поставленных целей (см. приложение В).

г) Диагностическая методика «Профессиональная готовность», отражающая автономность, информированность, способность к принятию решений и планированию, а также эмоциональное отношение

к выбору профессии, показала, что уровень профессиональной готовности изменился: в контрольной группе с 43 % до 51 %; в экспериментальной группе с 40 % до 73,6 % (см. приложение Г).

д) По результатам сочинения «Моя будущая профессия» получены сведения о том, что проведенная профконсультационная работа повлияла на уровень знаний о мире профессий, на самооценку способностей и возможностей подростков, на самостоятельность в принятии решений и способность к планированию. Также повысился интерес к самообразованию и саморазвитию в интересующих подростков профессиональных областях.

Федоренко Е. Ю.

ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ В КОНТЕКСТЕ ЦЕЛЕЙ ОБРАЗОВАНИЯ. ПРОБЛЕМЫ ИЗМЕРЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ В ОБРАЗОВАНИИ

Вызовы современности, порождаемые процессами глобализации в современном обществе, выдвигают на первый план задачи социокультурной модернизации страны и поворот в образовании в сторону личности учащихся. В качестве целей образования рассматривается формирование разносторонне развитой личности, способной реализовать творческий потенциал в динамических социально-экономических условиях, как в собственных жизненных интересах, так и в интересах общества. На сегодняшний день назрела острая необходимость отслеживать образовательные результаты в соответствии с поставленными целями. По-прежнему, наиболее видными результатами образования являются учебные достижения ребенка. Процент успеваемости уже многие годы продолжает оставаться знаком и символом российского образования. Он является основным показателем его качества и главным критерием оценки эффективности работы школы и учителя. И причина здесь не только в нефокусированности системы на других важных результатах, но в отсутствии понимания значимости других параметров образования с точки зрения качества и результата образования и, как следствие, отсутствие разработанных средств измерения. Под качеством образования мы понимаем комплексный показатель, который помимо учебных должен удерживать и внеучебные достижения

ребенка. В настоящий момент за границами внимания оценки образования оказались многие другие образовательные результаты, важные для развития личности. Одним из таких результатов, на наш взгляд, является здоровье ребенка. Фактор здоровья становится все более значимым среди основных ожиданий от сферы образования.

В настоящее время в России сложилась парадоксальная ситуация: проблеме здоровья школьников уделяется много внимания, обсуждение здоровья в контексте образования стало в какой-то степени «модным», издано множество методических рекомендаций, пособий и пр., при этом реальная педагогическая практика не изменяется, и показатели детского здоровья продолжают ухудшаться, особенно за период обучения в школе. Можно выделить несколько причин, обуславливающих, со стороны системы образования, эту тенденцию. Во-первых, здоровье видится в основном только как набор физических показателей — хорошее зрение, осанка, работа внутренних органов (желудок, печень и др), что собственно и задает вектор приложения усилий взрослых в образовании; во-вторых, оно становится видным только в контексте утраты ресурса, здоровье через болезнь, а не как приобретаемый ресурс или достаточный; в-третьих, нет представления о динамических показателях здоровья в соответствии с возрастом, отсюда отсутствие стройной системы отношения к здоровью в образовании; нет отчетливых критериев измерения динамики здоровья. Школа также в явно недостаточной степени решает свою образовательную задачу в сфере увеличения знаний, умений и навыков детей по вопросам здоровья, в обычной практике это часто касается только вопросов физического здоровья.

На сегодняшний день есть прецеденты создания системы оценивания качества образования в области здоровья. Весь вопрос заключается в том, **кто** оценивает, **кого** (или что) оценивает, по каким **критериям** (с чьих позиций, в чьих интересах). Чаще мы сталкиваемся с отсутствием системного взгляда на эту проблему, что не позволяет увидеть всю совокупность критериев и рассогласований. Субъектами и объектами оценки могут являться как система образования в целом, так и ее элементы. Оценка качества образования (система оценок) может быть со стороны внешней среды, т.е. оценки потребителей образовательных услуг, и внутренние оценки качества в самой системе образования. Что может быть оценено в ситуации, когда критерием являются показатели здоровья, кто субъект оценки — сам ребенок, педагог, внешняя по отношению к школе среда? Что может оцениваться — мероприятия школы и их количество (формальная сторона), качество

и специфика педагогических технологий, программы курсов, условия среды, динамика характеристик детей?

На наш взгляд, технология оценки может предусматривать три уровня организации оценивания: индивидуальный уровень обучающегося (индивидуальные учебные и внеучебные достижения, динамика показателей здоровья); уровень педагога (профессиональная компетентность, в том числе в области технологий развития ресурсов здоровья, результативность деятельности); само образовательное учреждение (качество условий для обеспечения образовательного процесса, качество образовательного процесса, качество результата (достижение высоких результатов в предметных областях в совокупности с развитием параметров психического здоровья: самостоятельности, инициативы, ответственности и др), положительная динамика ресурсов здоровья детей).

На сегодняшний день мы имеем следующую картину в России: самооценка ученика практически нигде не учитывается, равно как и оценка обучающихся обучающимися. Опыт такого рода оценок есть (пример — Гимназия «Универс №1» Красноярска), однако внедрение оценочных процедур и попытка их институализировать, как правило, встречает серьезное сопротивление со стороны педагогов. Нет прецедентов оценки обучающимися образовательных программ, хотя такой вариант, на наш взгляд, вполне возможен, по прошествии определенного времени, например, выпускниками школы. Трудности обнаруживаются и в вопросах самооценки образовательного учреждения или взаимооценки образовательных учреждений в отношении выпускник–абитуриент. Часто нет формализованных оценок мнения родителей, учеников как результата внутреннего мониторинга качества. И даже, если эти оценки есть, возникают трудности понимания возможных изменений. Оценка как таковая со стороны населения — внешний мониторинг качества — вообще часто отсутствует.

Европейская практика оценки качества образования идет по пути создания специализированных аккредитационных агентств (пример Великобритании), общественных организаций, занимающихся разработкой инструментария и методик оценки качества в области развития здоровья, а также проводящих проверки и подтверждающих качество образования. В компетенцию этих агентств входит также отбор и обучение экспертов, проводящих обследование, периодическая публикация в специализированных журналах материалов проверок, анализ результатов деятельности школ. Такая практика возникла как необходимая в связи с политикой государства в области здоровья

детей и созданием так называемых школ здоровья. Педагоги «школы здоровья» разворачивают практику согласования не только учебной, но и внеучебной нагрузки. Школы активно сотрудничают с другими ведомствами в области развития ресурсов здоровья. В связи с этим все формы оценки достижений в области здоровья могут быть развернуты. К сожалению, в России подобный опыт носит индивидуальный характер и не является системным. В ряде школ ведется исследование и оценка динамики показателей здоровья по отдельным параметрам, так, опыт ряда красноярских и московских школ позволяет обнаруживать динамику самостоятельности, эмоциональной грамотности и ряда других показателей в контексте с педагогическими технологиями и школьными условиями. Существуют и проводятся методики оценки утомляемости детей, эмоционального самочувствия в условиях школы и относительно важных с точки зрения возраста сюжетов школьной жизни; проводятся мониторинги мнения родителей; исследуются эмоции детей относительно работы конкретных учителей; исследуются знания детей в области здоровья. Тем не менее накопленный опыт требует обобщения и разработки на этой основе типовых моделей измерения показателей здоровья в образовании.

Ходырева Н. В., Дудченко З. Ф.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СТАТУС И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ САМОУВАЖЕНИЯ, СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКОЙ, ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ

В психологии здоровья выделяют три основные группы психологических факторов, коррелирующих со здоровьем и болезнью: независимые, передающие и мотиваторы. Независимые (предшествующие) психологические факторы включают предрасполагающие факторы (поведенческие паттерны, поддерживающие диспозиции, эмоциональные паттерны), когнитивные факторы (представления о здоровье и болезни, восприятие риска и уязвимость, заблуждения о здоровье и болезни, контроль за своей жизнью), факторы социальной среды (социальная поддержка, брак и семья, профессиональное окружение).

Передающие факторы представляют специфическое поведение, возникающее в ответ на различные стрессоры. Это совладание (континг); употребление и злоупотребление веществами (пищевыми продуктами, лекарственными препаратами, никотином, алкоголем, наркотическими и токсическими веществами); виды поведения, способствующие здоровью (физическая активность, здоровое питание, выбор экологической среды, самосохранительное поведение); соблюдение правил по поддержанию здоровья (регулярные профилактические самоосмотры, использование ремней безопасности, выполнение лечебных процедур [Ходырева Н.В., 2003].

Социально-экономические различия являются значимыми факторами неравенства в здоровье. Социально-экономический статус (СЭС) как комплексный показатель социально-экономической позиции индивида и его семьи включает в себя показатели дохода, образования, профессиональной принадлежности и благосостояния. Показатель делится на высокий, средний и низкий статусы.

Низкий социально-экономический статус и низкий уровень образования является одним из важнейших предшествующих факторов для ряда физических и психических заболеваний, включая респираторные вирусные заболевания, артриты, сердечно-сосудистые заболевания, шизофрению [Тапилина В.С., 2004]. До сих пор ведутся дискуссии, связано ли это с условиями профессиональной деятельности или, как в случае с шизофренией, с социальными проблемами, с которыми сталкивается личность. Высокий СЭС, напротив, связан с достаточно высокими показателями психического и физического здоровья.

В психологии здоровья понятие «здоровье» рассматривается как системное понятие с выделением уровней здоровья: биологического, психологического и социального. Представленные уровни тесно взаимосвязаны и нарушения на биологическом уровне приводят к нарушениям на психологическом и социальном уровнях, и, соответственно, нарушения на психологическом уровне отражаются на биологическом и социальном.

Взаимосвязь здоровья и социально-экономического статуса носит сложный и опосредованный характер через множество психологических и поведенческих факторов, включая выбор копинговых стратегий для преодоления различных стрессовых ситуаций, оценку риска и уязвимости, которые в свою очередь определяются уровнем самоуважения, степенью социальной поддержки, различной степенью

толерантности к неопределенности, индивидуальными особенностями локуса контроля, уровнем гендерных стереотипов.

Целью исследования является выявление наиболее важных взаимосвязей СЭС с рядом психологических факторов здоровья, определение уровня выраженности психологических факторов здоровья в молодом возрасте на среднем уровне СЭС для прогностического определения возможных рисков для здоровья.

Задача исследования состояла в оценке разброса показателей основных психологических факторов здоровья у студентов, их взаимосвязи с СЭС у студентов, не имеющих инвалидностей различной этиологии. Интерес представлял выявление преобладающих способов копинга, как имеющих взаимосвязи со здоровым поведением. В исследовании участвовала однородная по возрасту и СЭС группа студентов в количестве 97 человек.

Анкета СЭС была специально создана для данного исследования и включала в себя показатели: пола, возраста, этничности, семейного положения и детности, а также дохода родителей (семьи), недвижимости родителей, их занятости, образования. Для студентов или пенсионеров СЭС можно оценивать по положению его (ее) семьи или опекунов.

В результате проведенного исследования были получены показатели основных психологических факторов здоровья у студентов и выявлены характерные взаимосвязи низких и средних показателей социально-экономического статуса с отдельными показателями психологических факторов.

Шерьязданова Х. Т.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБНОВЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ПРЕДМЕТА «САМОПОЗНАНИЕ» В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ

Национальная система образования является одним из шести приоритетов стратегии развития Республики Казахстан на современном этапе. Демократическая основа реформ определила степень развития высшей школы, что дает возможность выявить степень автономности вузов, образовательную и кадровую политику, внедрять систему менеджмента качества, новые технологии обучения.

Укрепление ресурсной базы, расширение практической составляющей научно-образовательной деятельности, потребует инвестиций в сохранение и развитие человеческого капитала, который является главным приоритетом Государственной программы образования Республики Казахстан на 2011–2020 годы. В послании Президента страны — лидера нации Н.А. Назарбаева «Социально-экономическая модернизация-главный вектор развития Казахстана» содержится обоснованная концепция очередного этапа развития отечественного образования, ориентированного на подготовку специалистов новой формации, умеющих применять знания и технологии в различных сферах деятельности, мотивированных на постоянное самообразование [Назарбаев Н.А., 2012].

Модернизационные процессы, предпринятые в последние десятилетия, можно обозначить как инновационный прорыв в образовании.

В Республике Казахстан обучение в высшей школе осуществляется по государственным стандартам образования, которые введены в учебный процесс с 2001 г., но происходит их постоянное обновление (2004, 2006, 2008, 2010, 2012 г.). В новых государственных стандартах по направлению «Образование» выделены инновационные технологии, разработанные в Республике Казахстан.

Одним из таких подходов является разработка дисциплины «Самопознание» для групп специальностей «Образование» ГОСО МОН РК (Типовая программа и учебно-методический комплекс на казахском и русском языках). Предмет «Самопознание», разработанный в Республике Казахстан, за последние десять лет как **интегративный инновационный курс** претерпел ряд изменений в силу внешних (экономических, политических, образовательных) условий, и в настоящее время он рассматривается как **модернизационная образовательная технология** в развивающемся пространстве Республики Казахстан.

Дисциплина «Самопознание» включена в базовый цикл государственного стандарта образования в классификаторе педагогических специальностей направления «Образование». Авторским коллективом КазГосЖенПУ были учтены новые, свершившиеся события в стране, которые явились значимыми в обновлении содержания предмета «Самопознания» для высшей школы.

Первым важным инновационным моментом явилось использование 4«Т», составляющие духовную жизнь человека. Поскольку решающим фактором является воспитание этнической толерантности, культуры межнационального общения 4«Т», предложенные

Президентом Республики Казахстан Н.А. Назарбаевым, становятся приоритетом программы «Самопознание» в высшей школе, это:

- траст — доверие, в котором нуждается каждый человек;
- традиции — традиции, основанные на принципах и ценностей человечества;
- транспаренси — транспарентность, отражающая открытость и конструктивность в общении;
- толеранс — толерантность как составляющая межкультурного и цивилизованного диалога.

На основе 4«Т» построена модульная часть дисциплины «Самопознание», которая включает «Основы самопознания», «Философию взаимопонимания», «Опыт человечества» и «Профессия «педагог» — это призвание». Новая дисциплина создает условия для того, чтобы каждый человек мог осознать свою идентичность и предназначение, сформировать линию и систему ценностей, согласующихся с общечеловеческими идеалами, общенациональной идеей и собственной уникальностью [Шерьязданова Х.Т. и др., 2012].

Нами также учтены новые подходы к формированию образовательной программы «Самопознание» на основе Болонского процесса. Это прежде всего учет **компетентностного подхода**, который согласуется с результатами обучения. **Компетенции — динамическое сочетание знания, понимания, навыков и способностей**. Различают как **общие**, так и **специфические** (предметные) компетенции для направления специальностей ГОСО «Образование», что является **вторым** достоинством образовательной технологии.

Как для общих, так и для специфических (предметных) компетенций можно выделить три вида: **инструментальные, межличностные и системные**.

Третьим важным достоинством инновационной программы «Самопознание» является разработка **по модулям**. Выделено 4 модуля — предмета обсуждения в типовой программе образования: основы самопознания, философия взаимопонимания, опыт человечества, профессия «педагог» — это призвание [Шерьязданова Х.Т. и др., 2012].

Вместе с тем, **модули** — это **учебные единицы, являются сегментами учебной программы** и представляют собой **завершенные по времени и содержанию блоки**. Они состоят не только из посещаемых студентами занятий, но и представляют самостоятельную работу студентов по материалам этих занятий. Модули разделяются на **основные, поддерживающие, специализированные, переносимые**.

Таким образом, выпускники образовательных программ и групп специальностей «Образование» в бакалавриате освоят технологии и смогут владеть современными методами исследования в каждой конкретной области знаний. На основе знаний он смогут применять их на профессиональном уровне и решать проблемы в области изучения как психологии, так и педагогики. Обладая критическим и аналитическим мышлением, такой выпускник сможет генерировать новые идеи и решать задачи в новых условиях в междисциплинарном контексте, а далее планировать процесс исследований и сообщать знания и достижения как научному сообществу, так и широкой общественности.

На основе такого, инновационного подхода в обучении студентов, будет усовершенствована трехступенчатая модель «Бакалавриат–магистратура–докторантура» подготовки высококвалифицированных, конкурентоспособных специалистов с академическими степенями, согласно требованиям Болонских реформ. Благодаря унификации учебного процесса, повышается привлекательность отечественных образовательных программ в мировом образовательном пространстве. Основные результаты внедрения такого подхода обеспечат не просто соответствие образовательной программы запросам рынка труда и работодателей, но и повысят эффективность и профессионализм будущих педагогов школы и дошкольных учреждений.

Яворовская Л. Н., Хафизова А. С.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ КАК КРИТЕРИЙ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ

На сегодняшний день актуальным является рассмотрение категории здоровья как сложного, многозначного, интегрального понятия, которое отражает значимые аспекты биологического, социального, психологического и духовного бытия человека [Васильева О.С., 2004]. Психология здоровья как автономное научно-исследовательское направление начало формироваться во вторую половину XX века за рубежом. На наш взгляд, на сегодняшний день одной из важнейших задач данного направления является выявление и раскрытие содержания критериев здоровой личности.

Объектом нашего исследования выступают критерии здорового функционирования личности, предметом — психологическое благополучие (ПБ). Цель работы заключается в рассмотрении ПБ как одного из критериев здоровья личности.

Рассмотрим теоретические представления о ПБ личности. Согласно классификации концепций данного понятия в зарубежной психологии (R.M. Ryan и E.L. Deci) исследования ПБ были основаны на гедонистической и эвдемонистической традициях [Ryan R.M., Deci E.L., 2000].

D. Kahneman определил гедоническую психологию как исследование того, что делает нашу жизнь приятной или неприятной [Kahneman D., 1999]. Представителями данной традиции являются N. Bradburn и E. Diener. В основу своей концепции N. Bradburn положил противопоставление позитивного и негативного аффекта и определил ПБ как баланс между ними [Bradburn N., 1969]. E. Diener ввёл понятие «субъективное благополучие», которое отражает субъективное отношение личности к своей жизни и включает когнитивную оценку удовлетворенности различными сферами жизни и эмоциональный аспект (доминирование отрицательного или положительного аффекта).

Эвдемонистический подход определяет ПБ с позиции полноценно функционирующего индивида. C.D. Ryff вместе с C.L.M. Keyes предложила многомерную модель ПБ личности (1995 г.), которая включает шесть различных компонентов: положительная оценка себя и своей прошлой жизни, чувство дальнейшего роста и развития, осмысленность жизни, успешные отношения с окружающими, способность эффективно управлять жизнью и окружающей средой, чувство самоопределения [Ryff C.D., 1995].

На сегодняшний день исследования данного конструкта проходят в контексте выявления взаимосвязи аспектов ПБ и личностных черт (K.M. DeNeve, H. Cooper), доминирующих эмоций (E. Diener, R.E. Lucas), показателей физического здоровья (R. Ryan, C.M. Frederick) в связи с социальным классом (E. Diener, R. Biswas-Diener), жизненной перспективой личности (R. Ryan, J.G. La Guardia), а также изучаются культурные различия в ПБ (E. Diener, M. Diener).

В последние годы появилась тенденция объединять гедонистический и эвдемонистический взгляды на проблему ПБ. Данный подход реализуется в концепции R. Ryan и E. Deci (теория самодетерминации) и в работах тех исследователей, которые наследуют данную

модель ПБ (К.М. Sheldon и др.). С точки зрения теории самодетерминации, удовлетворение трёх основных психологических потребностей человека — автономия, компетентность и связь с другими — имеет важное значение для психологического роста личности (внутренняя мотивация), целостности (интернализация и усвоение культурных практик) и уровня ПБ (психологическое здоровье и удовлетворенность жизнью) [Ryan R., Deci E., 2000].

В отечественной психологии авторы вместо понятия ПБ зачастую использовали близкие по смыслу категории «личностное здоровье», «психологическое здоровье» и др. В частности, Б.С. Братусь полагал, что высшим уровнем психического здоровья является так называемый уровень личностного здоровья, который определяется качеством смысловых отношений человека [Братусь Б.С., 1988]. И.В. Дубровина ввела термин «психологическое здоровье», которое, по мнению автора, соотносится с уровнем личности, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа [Дубровина И.В., 2000]. С точки зрения антропологического принципа психологическое здоровье рассматривают В.И. Слободчиков и А.В. Шувалов в качестве интеграла жизнеспособности и человечности индивида как субъекта жизнедеятельности [Слободчиков В.И., Шувалов А.В., 2001]. С точки зрения Т.Д. Шевеленковой и П.П. Фесенко, ПБ соотносится с экзистенциальным переживанием человеком отношения к своей жизни и базируется на интегральной оценке жизни [Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П., 2005]. А.В. Воронина рассматривает ПБ как системное качество человека, которое формируется в процессе жизнедеятельности и проявляется у субъекта в переживании содержательной наполненности и ценности жизни в целом [Воронина А.В., 2002]. Ширяева О.С. определяет ПБ как совокупность необходимых личностных ресурсов, что обеспечивает субъективную и объективную успешность личности в системе «субъект-среда». Автор выделяет пять компонентов в структуре ПБ: аффективный (баланс положительных и отрицательных аффективных переживаний); компонент, связанный с метапотребностями (личностный рост, степень самореализации); мировоззренческий (наличие целей в жизни); интрарефлексивный (самопринятие); интеррефлексивный (компетентность в отношениях с окружающей средой) [Ширяева О.С., 2008]. Ю.М. Александров считает, что компонентами ПБ являются: ресурсный (личностная зрелость), процессуальный (самоактуализация), результативный (благополучие личности), структурный (гармония личности), оценочный (субъективное благополучие)

[Александров Ю.М., 2009]. О.А. Идобаева рассматривает ПБ как функционально-динамическое образование, отдельные компоненты которого играют ведущую роль на различных этапах онтогенеза и предоставляют возможность личности для позитивного функционирования [Идобаева О.А., 2011].

С нашей точки зрения, ПБ выступает одним из основных критериев здоровой личности. В частности, Н.В. Гурвич говорит о том, что принятие позитивных социальных ценностей, самоактуализация, позитивный Я-образ, реалистичные представления о социальной действительности, социальная компетентность, удовлетворенность жизнью выступают в качестве критериев позитивного психического здоровья [Гурвич И.Н., 2005]. Все эти компоненты так или иначе связаны с аспектами ПБ личности (С.Д. Ryff, О.С. Ширяева, Ю.М. Александров и др.). Кроме того, с точки зрения М.В. Сокольской (автор трёхступенчатой модели здоровья, включающей психофизиологическое, личностное, духовно-нравственное здоровье), ПБ является критерием здоровья человека именно на личностном уровне функционирования [Сокольская М.В., 2008].

Таким образом, здоровье, с позиции комплексного подхода, представляет собой оптимальную предпосылку для выполнения личностью намеченных жизненных задач и целей, её предназначения и самоосуществления [Ананьев В.А., 2006]. Важнейшим критерием здоровой личности является ПБ — понятие, отражающее степень позитивного функционирования человека и удовлетворенность жизнью в целом.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

АВГУСТОВА Людмила Ивановна — кандидат психологических наук, доцент, Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, Россия.

АЛЕШИЧЕВА Анна Васильевна — кандидат психологических наук, преподаватель, Харьковская государственная академия физической культуры, г. Харьков, Украина.

АНТОНОВСКИЙ Александр Викторович — кандидат психологических наук, Тверской институт экологии и права, г. Тверь, Россия.

БАЙРАМОВ Гудси Гасан оглы — докторант, Институт проблем образования Азербайджанской Республики, г. Баку, Республика Азербайджан.

БАКУРОВА Елена Николаевна — кандидат педагогических наук, доцент кафедры иностранных языков, Елецкий государственный университет имени И.А. Бунина, г. Елец, Россия.

БЕРЕЗОВСКАЯ Регина Анатольевна — кандидат психологических наук, доцент, Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, Россия

БЕСКОВА Татьяна Викторовна — кандидат педагогических наук, доцент, Институт социального образования (филиал) Российского государственного социального университета, г. Саратов, Россия.

БЛАГЕНКОВА Наталья Петровна — аспирант кафедры психологии, магистр гуманитарных наук, Государственный институт управления и социальных технологий Белорусского государственного университета, г. Минск, Республика Беларусь.

БЫСЮК Анна Сергеевна — старший преподаватель, Тверской институт экологии и права, г. Тверь, Россия.

ВАЛЕЕВА Галина Валерьевна — аспирант, педагог-психолог, Челябинский государственный педагогический университет, Институт здоровья и экологии человека, г. Челябинск, Россия.

ВАПАЛАХТИ Кати — преподаватель, доцент, Университет прикладных наук региона Миккели, г. Миккели, Финляндия.

ВАРЛАМОВА Валентина Иннокентьевна — аспирант, Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, Россия.

ВАСИЛЬЕВА Ольга Семеновна — кандидат биологических наук, профессор, Южный Федеральный Университет, г. Ростов-на-Дону, Россия.

ВОЛКОВА Галина Анатольевна — кандидат педагогических наук, профессор, Институт специальной педагогики и психологии имени Рауля Валленеберга, г. Санкт-Петербург, Россия.

ГАВРИЛОВА Татьяна Александровна — кандидат психологических наук, доцент, Дальневосточный федеральный университет, Школа педагогики, г. Усурийск, Россия.

ГАРИФУЛЛИНА Миляуша Михайловна — кандидат педагогических наук, доцент, Казанский Федеральный Университет, Институт педагогики и психологии, г. Казань, Россия.

ГЕФЕЛЕ Ольга Фридриховна — кандидат философских наук, доцент, Тверской государственный технический университет, г. Тверь, Россия.

ГИНЗБУРГ Инна Александровна — аспирант, Академия постдипломного педагогического образования, г. Санкт-Петербург, Россия.

ГОЛЬЦОВА Людмила Николаевна — кандидат психологических наук, Ногинский филиал Московского государственного областного университета, г. Ногинск, Россия.

ГРАУЖАНИНА Ольга Константиновна — преподаватель, Казанский Федеральный Университет, Институт педагогики и психологии, г. Казань, Россия.

ГУБИН Владимир Алексеевич — заслуженный деятель науки РФ, доктор психологических наук, профессор, Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина, г. Санкт-Петербург, Россия.

ГУСАК Наталья Евгеньевна — старший преподаватель, Национальный университет «Киево-Могилянская академия», г. Киев, Украина.

ГУСЕЙНОВА Аида Али-Саттар гызы — кандидат педагогических наук, доцент, Азербайджанский государственный педагогический университет, г. Баку, Республика Азербайджан.

ДУДЧЕНКО Зоя Фадеевна — кандидат психологических наук, доцент, Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, г. Санкт-Петербург, Россия.

ЗАМАНОВА Мелек Алислам гызы — преподаватель, Азербайджанский государственный педагогический университет, г. Баку, Республика Азербайджан.

ИГНАТОВА Елена Леонидовна — студент, Ногинский филиал Московского государственного областного университета, г. Ногинск, Россия.

ИЛЬЯСОВА Эльвира Наилевна — кандидат педагогических наук, доцент, Стерлитамакская государственная педагогическая академия им. Зайнаб Бишевой, г. Стерлитамак, Россия.

ИСХАКОВА Эльзара Варисовна — старший преподаватель, Казахский государственный женский педагогический университет, г. Алматы, Казахстан.

КИСЛИЧЕНКО Кристина Витальевна — бизнес-тренер, Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, Россия.

КУЛГАНОВ Владимир Александрович — доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, г. Санкт — Петербург, Россия.

КУРГАНСКАЯ Валентина Дмитриевна — доктор философских наук, профессор, главный научный сотрудник, Институт философии и политологии Министерства образования и науки РК, г. Алматы, Казахстан.

МАДЖУГА Анатолий Геннадьевич — доктор педагогических наук, профессор, заведующий кафедрой психологии, Стерлитамакская государственная педагогическая академия им. Зайнаб Бишевой, г. Стерлитамак, Россия.

МЕРЕНКОВА Вера Сергеевна — кандидат психологических наук, доцент, Елецкий государственный университет, г. Елец, Россия.

МОРОЗОВ Александр Владимирович — доктор психологических наук, зав. кафедрой социально-гуманитарных, психолого-педагогических и правовых дисциплин, профессор, Евразийский открытый институт, г. Москва, Россия.

НУРКАТОВ Ербол Маратович — кандидат медицинских наук, доцент, Медицинский центр проблем психического здоровья, г. Астана, Казахстан.

НУРКАТОВА Ляззат Толегеновна — доктор социологических наук, профессор, президент Ассоциации социальных работников Казахстана, г. Астана, Казахстан.

НУРКАТОВА Меруерт Маратовна — Ph.D по социальной работе, доцент, Высшая школа общественного здравоохранения Республики Казахстан, г. Алматы, Казахстан.

ОРЛОВА Мария Михайловна — кандидат психологических наук, доцент, Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского, г. Саратов, Россия.

ПАИРЕЛЬ Светлана Васильевна — кандидат психологических наук, доцент, Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, г. Санкт-Петербург, Россия.

ПЕТРУК Сергей Александрович — курсант, Военно-морская академия, факультет автоматизации управления, гуманитарное отделения, г. Санкт-Петербург, Россия.

ПЕУНОВА Светлана Михайловна — кандидат психологических наук, Академия развития Светланы Пеуновой, г. Самара, Россия.

ПОПОВА Светлана Альбертовна — старший преподаватель, Дальневосточный федеральный университет, Школа педагогики, г. Уссурийск, Россия.

ПРАВДИНА Лидя Ромуальдовна — кандидат психологических наук, Южный Федеральный Университет, г. Ростов-на-Дону, Россия.

ПЫЖИКОВА Жанна Владимировна — кандидат психологических наук, доцент, Самарский государственный университет, г. Самара, Россия.

САГАЙДАК Светлана Станиславовна — кандидат психологических наук, Научно-методическое учреждение Республиканский центр проблем человека, г. Минск, Беларусь.

САМОЙЛОВ Григорий Николаевич — доктор биологических наук, Харьковская государственная академия физической культуры, г. Харьков, Украина.

САМУЙЛОВА Наталия Николаевна — аспирант, Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, г. Санкт-Петербург, Россия.

СВЕТЛАКОВА Валентина Павловна — кандидат социологических наук, доцент, Омский государственный педагогический университет, г. Омск, Россия.

СНЕГОВА Екатерина Владимировна — кандидат психологических наук, доцент, Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, г. Санкт-Петербург, Россия.

СОКОЛОВА Галина Ивановна — кандидат педагогических наук, доцент, Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, г. Санкт-Петербург, Россия.

СТАРОВОЙТ Татьяна Петровна — аспирант, Национальный аэрокосмический университет им. Н.Е. Жуковского «ХАИ», г. Харьков, Украина.

ТОЙШЫБЕКОВА Майра Канатияновна — магистр психологии, преподаватель Казахский государственный женский педагогический университет, г. Алматы, Казахстан.

ТРУБИЛКО Мария Андреевна — аспирант, Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, г. Санкт-Петербург, Россия.

ТЮМАСЕВА Зоя Ивановна — доктор педагогических наук, профессор, директор Института здоровья и экологии человека, Челябинский государственный педагогический университет, Институт здоровья и экологии человека, г. Челябинск, Россия.

УТЕПБЕРГЕНОВА Зинакул Дуйсенбаевна — кандидат педагогических наук, старший преподаватель, Казахский государственный женский педагогический университет, г. Алматы, Казахстан.

ФЕДОРЕНКО Елена Юрьевна — кандидат психологических наук, доцент, Институт педагогики, психологии и социологии Сибирского Федерального Университета, г. Красноярск, Россия.

ХАФИЗОВА Анна Сергеевна — аспирант, Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина, г. Харьков, Украина.

ХОДЫРЕВА Наталия Валерьевна — кандидат психологических наук, доцент, Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, Россия.

ШЕРЬЯЗДАНОВА Хорлан Токтамысовна — доктор психологических наук, профессор, Казахский государственный женский педагогический университет, г. Алматы, Казахстан.

ШИВЕРСКАЯ Елена Владиславовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры социальной работы, Государственный институт управления и социальных технологий Белорусского государственного университета, г. Минск, Республика Беларусь.

ШИНКАРЕНКО Максим Валерьевич — аспирант, Южный Федеральный Университет, г. Ростов-на-Дону, Россия.

ЯВОРОВСКАЯ Любовь Николаевна — кандидат психологических наук, доцент, Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина, г. Харьков, Украина.

Рекомендовано к печати Редакционно-издательским советом
Санкт-Петербургского государственного института
психологии и социальной работы.

Организатор конференции:

Научно-исследовательский центр Санкт-Петербургского государственного
института психологии и социальной работы.

Редколлегия конференции:

Никифоров Г. С., заслуженный деятель науки РФ,
доктор психологических наук, профессор — председатель редколлегии
Дудченко З. Ф., кандидат психологических наук, доцент
Васильев С. В., кандидат медицинских наук, доцент
Анисимов А. И., кандидат психологических наук

ЗДОРОВАЯ ЛИЧНОСТЬ

Материалы
международной научно-практической конференции
21-22 июня 2012 года

Адрес редакции:
199178, Санкт-Петербург, 12-ая линия В. О.,
д. 13 литера А, к. 504