

во, что этого больше не повторится. Замечено, что невраждебные мальчики значительно чаще, чем высоковраждебные, считают необходимым в трудной ситуации контролировать свои чувства, сдерживать всплески отрицательных эмоций. Враждебные девочки чаще, чем невраждебные, рассказывают о своих переживаниях друзьям, а также склонны к избеганию реальной ситуации и фантазированию о том времени, когда трудности прекратятся и все станет по-прежнему. Отсюда следует, что снижению уровня враждебности у мальчиков содействует использование стратегии «самоконтроль». Наряду с этим, применение девочками стратегий «поиск социальной поддержки», «избегание» и «конфронтация» ведет к повышению уровня враждебности. Вероятно, использование конструктивной стратегии «поиск социальной поддержки» в тесном сочетании с неконструктивными стратегиями, ведет к отказу от самостоятельного, активного разрешения проблемы и, вследствие, росту враждебности.

Заключение. Эмпирические данные показывают, что, выстраивая свое копинг-поведение, подросток опирается на характерные для него нарушения поведения. В трудных ситуациях подростки прибегают к свойственным для них способам реагирования. Так, агрессивные подростки применяют стратегию конфронтации, противопоставления себя окружению, включающую открытое выражение отрицательных эмоций. Кроме того, для совладания с жизненными неприятностями мальчики напрямую используют физическую и вербальную агрессию. Использование стратегии «избегание», то есть постоянный уход от травмирующих ситуаций, отказ от встречи с проблемой лицом к лицу, фантазирование распространены у девочек, которые проявляют агрессию косвенным путем. Отсутствие самоконтроля, склонность сосредоточиваться на негативных сторонах событий, пессимизм свойственны девочкам с высоким уровнем негативизма. Реакции активного протеста, «приближения» как самой проблемной ситуации, так и обидчика характерны для девочек с высоким уровнем физической и вербальной агрессии. Отсюда следует, что попытки разрешения ситуации с помощью выражения агрессии позволяют подросткам стабилизировать свое состояние и разрешать проблемы. Однако постоянное, привычное применение таких методов приводит к развитию нарушений поведения и дезадаптации.

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИДАКТОГЕННЫХ НЕВРОЗОВ

*М.В. Макрицкий
Витебск, УО «ВГУ им. П.М. Машерова»*

В происхождении неврозов участвует совокупность (конstellация) факторов: преморбидные характерологические, личностные особенности; всевозможные действующие в течение жизни вредные факторы, способные изменить реактивность организма, ослабить, сенсibilизировать нервную систему, сделать её более уязвимой, ранимой. Но ведущей неперменной

причиной невроза, при всём этом, являются факторы психологические: психологический кризис, психоэмоциональный дистресс, то, что называют психическими травмами (психогениями). Психические травмы, приводящие к возникновению неврозов у детей и подростков, могут быть самыми различными: переживания, связанные с психологическим климатом, утратами, конфликтами, неприятностями в семье, обусловленные пребыванием на улице, посещением школы, других детских учреждений.

В подростковом возрасте особое значение имеют две группы психогенных факторов, обычно приобретающих хронический характер: первая группа – неправильное воспитание, негармоничная семья; вторая группа – конфликтные ситуации. Во вторую группу включаются: эмансипационный конфликт; конфликт на основе реакции группирования со сверстниками; конфликт на основе комплекса собственной неполноценности; конфликт на почве краха завышенных притязаний; конфликт на основе невозможности удовлетворения высоких требований к самому себе.

Конфликтными могут стать отношения в школе, другом учебном заведении, где главным действующим лицом является, как известно, педагог. Школа, педагог могут актуализировать или дезактуализировать конфликт, возникший вне стен учебного заведения. Школьная ситуация, школьные возможности на этот счёт в современный период усложняются: в результате отказа от ряда традиционных форм школьного воспитания, из-за стремительной переоценки ценностей, изменения социальных ролей, ввиду идущего пересмотра целей образования, падения его социальной значимости, престижа вследствие резкого возрастания значения имущественных, финансовых факторов, гипертрофии неписаных привилегий. Это изменяет расстановку сил, характер взаимоотношений в школе (и в учительских коллективах, и в коллективах учащихся), может создавать и создаёт излишнюю психоэмоциональную напряжённость, атмосферу безответственности, тенденциозности, фаворитизма и тому подобное. В итоге более частым явлением может быть то, что называют как дидактогения (греч. *didasko* – учить, *genesis* – происхождение), как школьные, дидактогенные неврозы. Термином дидактогения обозначают, с одной стороны, психическую травму, источником которой является педагог. С другой стороны, дидактогениями именуют психическое расстройство, возникающее под влиянием названной разновидности психоэмоционального дистресса: неврозы, другие психогенные заболевания.

По нашим данным во взаимоотношениях между учебно-образовательным процессом и развитием невроза обнаруживаются три аспекта. Первый аспект – невротизирующее влияние учебно-образовательного процесса на обучающегося. Второй аспект – невротизирующее влияние учебной работы на преподавателя. И третий аспект – невротизирующее действие возникающей в ходе учебно-воспитательного процесса коммуникации ученик-учитель. Неврозогенное воздействие учителя на ученика обозначается, как мы уже говорили, термином дидактогения, ученика на учителя – именуется как матетогения.

Говоря о невротизирующем действии учебного процесса на учащегося, необходимо подчеркнуть: неблагоприятно влияет на психическое здо-

ровые не сама по себе умственная нагрузка, а неправильно организованный учебно-образовательный процесс, несоблюдение требований психогигиены обучения, недостаток свободного времени для реализации личных потребностей, конфликтные отношения на разных уровнях в период обучения. При обследовании учащихся школ отмечается частота невротических проявлений: большей частью типа астенического невроза, невроза утомления или в виде невротических страхов.

Приходится видеть детей, подростков со своего рода социофобиями, болезненной застенчивостью: с навязчивыми страхами несостоятельности, бурной эмоционально-вегетативной реакцией в ответственный неподходящий момент (покраснение, потливость, дрожание рук, затруднения в речи и тому подобное). Причём соответствующие переживания возникают по типу дидактогении, после резких замечаний педагога при выходе учащегося для ответа "к доске": порицание, бесцеремонные комментарии по поводу того, что учащийся потеет, краснеет, сильно волнуется в такой ситуации, допускает промедление.

Дидактогенные психические расстройства могут возникать и у студентов вузов, и не всегда этого возможно избежать. Тяжёлые переживания может доставлять студентам, школьникам такое ответственное, эмоционально и социально значимое событие, как экзамены. При этом порою возникает предэкзаменационное и экзаменационное напряжение, сопровождаемое выраженными сомато-вегетативными отклонениями так называемой психосоматической реакцией на тяжёлый стресс, нарушением адаптации. К сожалению, дидактогенные психические расстройства у студентов возникают не только на экзаменах, но и в ходе текущих учебных занятий.

До настоящего времени мы говорили главным образом о неврозах как расстройстве, которое может развиваться у учащихся в процессе обучения. Но чаще, чем к неврозам, рассмотренные выше неблагоприятные факторы учебного процесса приводят у школьников к характерологическим и патохарактерологическим реакциям. Развитие их тоже может происходить в результате "непедагогических действий воспитателей и учителей".

В одних случаях (характерологическая или острая аффективная реакция) – это ещё не болезнь, а предболезнь, то есть вариант нормы, пусть крайний (продолжается 1-2 суток, не сопровождается дезадаптацией). В других случаях (патохарактерологическая реакция) необычное поведение продолжается недели, месяцы, нарушается адаптация, появляются отдельные невротические симптомы. Характерологическая реакция может смениться патохарактерологической. К характерологическим реакциям относят следующие формы поведения: агрессивную реакцию; аутоагрессивную реакцию; импунитивную аффективную реакцию; демонстративную реакцию.

Патохарактерологические реакции проявляются тоже по-разному: делинквентность; побег из дома и бродяжничество; ранняя алкоголизация, употребление других дурманных средств; суицидальное поведение; переходящие сексуальные девиации; реакция отказа (отказ от притязаний, потеря перспективы, отчаяние, пассивность). Некоторые формы реакций в одних случаях могут оставаться на уровне характерологических, в других –

достигать степени патохарактерологических реакций. Это: хобби-реакции; реакции протеста, оппозиции; реакции имитации; реакции компенсации и гиперкомпенсации и др. Ряд характерологических и патохарактерологических реакций может быть не только у детей и подростков, но и у взрослых, и, в частности, у студентов вузов.

В заключение хотелось бы отметить, что приведённые "клинические случаи" дидактогении – во многом, быть может, казуистика. Но об этом нужно знать, это надо помнить, чтобы казуистика не превратилась в повседневную реальность. К.И. Платонов, которому мы обязаны распространению понятия дидактогении, писал, что дидактогения проявляется в школьной педагогике чаще, чем можно предполагать, так как в деле образования и воспитания приходится иметь дело с внушаемостью, особенно присущей детскому и юношескому возрасту".

ФЕНОМЕН ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

*А.Н. Мамась, *Т.Е. Косаревская
Витебск, УО «ВГМУ», *Витебск, УО «ВГУ им. П.М.Машерова»*

Исследования психологической устойчивости человека в различных профессиях показало, что длительное воздействие стрессогенных факторов в социально ориентированных профессиях приводит к снижению работоспособности специалистов, появлению чувства неудовлетворённости результатами своей деятельности, желанию переложить ответственность за принятие решений в сложных ситуациях на других [1].

Среди представителей медицинских профессий особым образом выделяются врачи анестезиологи-реаниматологи. Специфика их деятельности состоит в том, что анестезиологи-реаниматологи должны брать на себя ответственность за жизнь пациента; постоянно имеют дело со смертью (как реальной, так и потенциальной); должны быть эмоционально готовы к общению с тяжелыми больными.

В современных исследованиях для описания последствий влияния стрессогенных факторов на профессиональную деятельность специалистов используется понятие «синдром эмоционального выгорания» (СЭВ), который включает в себя три основные составляющие: эмоциональную истощенность, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений [2].

Анализ литературных данных показывает, что среди факторов, вызывающих выгорание, выделяются: особенности профессиональной деятельности и ее организации (объективные факторы) и индивидуальные характеристики самих профессионалов (субъективные факторы).

Цель нашего исследования: изучение степени выраженности СЭВ у врачей анестезиологов-реаниматологов и факторов, влияющих на развитие данного синдрома.