

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования «Витебский государственный
университет имени П.М. Машерова»
Кафедра прикладной психологии

ОСНОВЫ ПСИХОГИГИЕНЫ

Лекционные материалы

Витебск
УО «ВГУ им. П.М. Машерова»
2012

Тема 1. Предмет и задачи психогигиены

- 1. Предмет психогигиены и связь психогигиены с другими науками.**
- 2. Основные задачи психогигиены**
- 3. История возникновения науки**

1. Предмет психогигиены и связь психогигиены с другими науками.

Третье тысячелетие существования человечества ознаменовалось бурным научно-техническим прогрессом, огромным потоком информации, повлекшее высокие нагрузки на высшую нервную деятельность человека. Это актуализировало проблему повышения устойчивости психики к вредным воздействиям внешней среды путем распространения медицинских знаний и расширение границ психогигиенических деятельности педагогов, психологов, врачей и т.д.

"Сохранение и укрепление психического здоровья невозможно без предупреждений возникновения психических заболеваний. Психогигиена преследует цель повышения устойчивости психического здоровья и резистентности к различным вредным факторам" (Большая медицинская энциклопедия - М., 1962.-Т. 21.-С. 317).

Психогигиена - современная наука, изучающая проблему психического здоровья и влияния на него различных факторов окружающей среды и разрабатывает мероприятия, направленные на сохранение и укрепление психического здоровья с целью обеспечения гармоничного психического и духовного развития личности.

Психогигиена - научная дисциплина, в рамках которой осуществляются фундаментальные и прикладные исследования. Как фундаментальная наука она рассматривает теоретические вопросы сохранения и укрепления психического здоровья, формулирует принципы оздоровления психики.

Психогигиена как прикладная научная дисциплина разрабатывает меры, правила и приемы оздоровления психики. На практике - это реализация оздоровительных мероприятий, создание условий для наиболее оптимального сохранения психического здоровья, как отдельного человека, так и групп людей, соблюдение рекомендаций по укреплению здоровья, повышение психологической устойчивости. Психогигиеническая практика осуществляется как профессионалами, так и непрофессионалами.

Научной основой психогигиены является учение о высшей нервной деятельности, разработанное известными учеными-физиологами И. М. Сеченовым, И. П. Павловым, П. М. Бехтерева, А. А. Ухтомским, П. К. Анохиным.

Особое значение приобретает психогигиена в детском возрасте, так как именно в этот период закладываются основы психического здоровья. Состояние психического здоровья детей - объект внимательного наблюдения ВОЗ. Комитет экспертов ВОЗ констатировал, что нарушения психического здоровья среди детей с довольно распространенным явлением. Это требует особого внимания общества к проблемам психогигиены и формирует ряд новых задач, которые учитывают многофакторность влияния на психическое здоровье человека.

Психогигиенические мероприятия реализуются не только психологами и врачами, но и педагогами, воспитателями, социальными работниками. Нельзя представить себе сохранение и укрепление психического здоровья (психогигиена) без предупреждения возникновения психических заболеваний (психопрофилактика). Нельзя предупреждать возникновение психических заболеваний, в то же время не сохраняя и не укрепляя психическое здоровье.

Как общее понятие "психопрофилактика и психогигиена" рассматриваются, в частности, в одном из справочных пособий по коррекционной педагогике и специальной психологии: "Психогигиена и психопрофилактика - раздел гигиены, изучающий влияние окружающих условий на психическое здоровье человека и

разрабатывающий меры для его сбережения, укрепления и предупреждения возникновения психических заболеваний; сами эти меры".

В этой связи представляется необходимым рассмотреть вопрос взаимоотношения двух отраслей: психогигиены и психопрофилактики. Как было отмечено выше, ряд авторов ставит знак тождества между этими двумя понятиями, и для этого у них имеются основания.

Немецкий исследователь **К. Гехт** (1979) в своей книге, приводя обширный исторический обзор, обосновывая науку психогигиены, дает следующее определение этой науке: "Под **психогигиеной** мы понимаем профилактическую охрану психического здоровья человека путем создания оптимальных условий функционирования мозга и полного развития психических свойств личности, путем улучшения условий труда и жизни, установления многосторонних межличностных отношений, а также путем повышения сопротивляемости психики человека вредоносным воздействиям окружающей среды" [8, С. 46].

Согласно психологу **К. К. Платонову**, - "Психогигиена - наука, лежащая на пересечении медицинской психологии и медицинской науки гигиены и как последняя нацеленная на оздоровление среды и условий жизни человека" [31, С. 114].

М. М. Кабанов, Л. И. Спивак (1983) в "Большой медицинской энциклопедии" так определяют рассматриваемое понятие: "Психогигиена - область гигиены, разрабатывающая и осуществляющая мероприятия, направленные на сохранение и укрепление психического здоровья человека" [14, С. 328].

Здесь же **Л. Л. Рохлин** (1983) проводит разграничение этих понятий. Отмечая, что "Психопрофилактика тесно связана с психогигиеной. Эти понятия можно разграничить только условно, т. к. сохранение и укрепление психического здоровья невозможно без предупреждения психических болезней" [35, С. 350]. Он проводит эту условную черту следующим образом: "Психогигиена в отличие от психопрофилактики имеет главную цель - сохранение, укрепление и улучшение здоровья путем организации надлежащей природной и общественной среды, соответствующего режима и образа жизни. Психопрофилактика - деятельность, цель которой предупреждение психических расстройств" [35, С. 350].

Таким образом, анализ представленных здесь определений позволяет рассматривать **психогигиену как науку о сохранении, укреплении и улучшение здоровья путем организации надлежащей природной и общественной среды, соответствующего режима и образа жизни, а психопрофилактику как деятельность, направленную на предупреждение психических расстройств.**

В медицине имеется три вида профилактики: первичная, вторичная и третичная. Под первичной профилактикой понимается "система социальных, гигиенических, воспитательных и медицинских мер, направленных на предотвращение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также путем повышения устойчивости организма к воздействию факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды, способных вызвать патологические реакции" Согласно **И. И. Беляеву** (1973), задачи первичной профилактики совпадают с целями психогигиены. Задачи вторичной и третичной профилактики выходят за рамки психогигиены и носят специфический характер. Сюда входит предупреждение опасного для жизни или неблагоприятного течения уже начавшегося психического или другого заболевания (вторичная ПП), а также предупреждение возникновения инвалидности при хронических заболеваниях (третичная).

В практической психологии образования профилактика может быть только вторичной и/или третичной (исходя из медицинской модели психопрофилактики и теории **Л. С. Выготского** о "первичном дефекте" и "вторичных отклонениях") и никакой другой.

Психолог не присутствует при возникновении первичного дефекта, ответственного за нарушение в развитии ребенка. Он не может изменить социально-экономических, экологических и т. п. условий, которые ответственны за возникновение "первичного нарушения". Он даже не генетик, определяющий риск и рекомендуемый воздержаться от зачатия и деторождения ребенка с вероятным отклонением в развитии. И практический психолог, и коррекционный педагог, имеют дело уже с вторичными и третичными отклонениями на фоне первичного дефекта. При отсутствии возможности "первичной профилактики" использовать прилагательного "первичная" вероятно излишне.

б) Связь с другими науками

Гигиена (греч. *hygieinos* — здоровый, целебный, приносящий здоровье) — наука, изучающая влияние разнообразных факторов окружающей среды и трудовой деятельности на здоровье человека, его работоспособность, продолжительность жизни и разрабатывающая практические мероприятия, направленные на оздоровление условий жизни и труда человека.

Психогигиена — область гигиены, изучающая влияние разнообразных факторов окружающей среды и трудовой деятельности на психическое здоровье человека, разрабатывающая и осуществляющая мероприятия, направленные на сохранение и укрепление психического здоровья человека. В психологическом словаре А.Ребера (2000) сказано, что первоначальным значением этого термина было: искусство развития и поддержания психического здоровья.

Психическое здоровье подразумевает и благополучие всего организма. Психогигиенические мероприятия имеют профилактическое значение не только в отношении психогенных заболеваний, неврозов, психопатий, но и различных соматических заболеваний. Так, например, соблюдение требований психогигиены может играть несомненную и значительную роль в предупреждении инфарктов и мозговых инсультов, развитии гипертонической болезни и возникающих на ее почве гипертонических кризов. Известную роль психогигиена может играть в предупреждении алкоголизма, наркомании и некоторых психозов. Сложные взаимоотношения психического и соматического здоровья делают необходимой тесную связь психогигиены с общей гигиеной. Например, гигиенический режим питания способен предупредить наступление атеросклероза сосудов головного мозга. Занятия физкультурой и спортом поддерживают здоровье и укрепляют нервную систему, а вместе с тем и психику.

По способу познания, по своей методологии психогигиена ближе всего стоит к **социальной гигиене**. Если социальная гигиена имеет в виду изучение влияния социальной среды на здоровье человека и акцентирует свое внимание на неблагоприятных факторах с целью предупреждения их болезнетворного действия на организм, то психогигиену будет интересовать все это в той части, которая касается психического здоровья. Таким образом, основная цель психогигиены состоит в том, чтобы с учетом большого значения наследственности, биологических факторов в происхождении и проявлениях психической патологии изучать влияние социальной среды на психическое здоровье человека и разрабатывать меры предупреждения психических заболеваний.

Психогигиена как наука и как комплекс мероприятий пока не накопила достаточно знаний и собственных методов исследования, чтобы стать в полной мере самостоятельной. Исторически сложилось так, что она зародилась и развивается как часть психиатрии. Через психогигиену осуществляется связь психиатрии с социальной гигиеной. В рамках психогигиены овладение методами социальной гигиены (в том числе и статистическим) помогает клиницистам-психиатрам более полно и правильно оценивать роль социальных и биологических аспектов психопатологии с выделением

профилактики как основного направления деятельности.

Ориентировка психогигиены на профилактику, повышение внимания к пограничной психической патологии, к социально-психологическим дезадаптирующим и компенсирующим психическую сферу факторам, расширение исследовательской и практической работы среди психически здорового населения, изучение условий оптимального психического функционирования человека позволяют в последнее время в ряде случаев расценивать психогигиену и как раздел **медицинской психологии**.

2. Основные задачи психогигиены

В психогигиене, как фундаментальной научной дисциплине, проводятся теоретические и эмпирические исследования. Цель этих исследований — выяснение факторов среды, условий труда и жизни в целом, особенностей личности, обуславливающих уровень психологической устойчивости, укрепление или ослабление психического здоровья.

Основные задачи психогигиены определены тремя главными проблемами фундаментальной психогигиены: 1) изучение природы психического здоровья и саногенного потенциала личности; 2) определение важнейших направлений и правил психогигиенической практики; 3) разработка основ профилактики состояний риска, ситуаций риска и поведения риска (зависимого поведения).

Частные задачи: изучение влияния различных условий среды на психику человека; разработка оптимальных норм труда, отдыха и быта; внедрение в практику мероприятий по укреплению нервнопсихического здоровья; повышение значения психогигиенического и психологического просвещения в психопрофилактике.

Для психогигиены, как и гигиены в целом, особенно важной является задача распространения знаний о здоровье, здоровом образе жизни, формирование навыков оздоровительного поведения, т.е. поведения, нацеленного на здоровье (в англоязычной литературе health knowledge). Под оздоровительным поведением понимается любая мера, предпринятая индивидуумом, независимо от фактического или субъективно воспринимаемого состояния здоровья с целью укрепления, защиты или поддержания здоровья. При этом объективная эффективность такого поведения, с точки зрения достижения цели, в расчет не берется.

Инструментом для практической реализации достижений психогигиены являются:

- 1) создание для государственных и общественных учреждений научно обоснованных нормативов и рекомендаций, регламентирующих условия обеспечения различных видов социального функционирования человека;
- 2) обучение определенных контингентов населения, передача психогигиенических знаний, привитие навыков (медицинским работникам, педагогам, родителям и др.);
- 3) санитарно-просветительная психогигиеническая работа среди широких слоев населения;
- 4) широкая пропаганда психогигиенических знаний с привлечением общественных организаций

Психогигиенические мероприятия имеют практическое значение не только применительно психогенных заболеваний, неврозов, психопатий, но и в отношении различных соматических заболеваний. Так, соблюдение требований психогигиены играет важную роль для предупреждения инфарктов, предотвращения развития гипертонической болезни, язвенной болезни желудка, сахарного диабета и т.д. Общеизвестна роль психогигиены в предупреждении алкоголизма, наркомании и некоторых психозов.

Одной из главных предпосылок формирования навыков оздоровительной поведения является знание психологии человека во всем многообразии ее проявлений. Движущей силой поведения являются мотивы и установки, которые определяются потребностями и ценностными ориентациями. Последние являются основой для формирования установок. Наивысший уровень регуляции поведения личности создает система ценностных ориентаций, цель жизнедеятельности и средства достижения этой цели. К сожалению, исследованию этих важных психологических феноменов поведения личности, направленной на сохранение здоровья, уделяется слишком мало внимания. Отсутствие соответствующей психогигиенических и психологической компетентности является причиной того, что человек не осознает связи между эмоциональным дискомфортом и соматическим нарушениям.

Между тем известно, что лечить надо не болезнь, а больного. Это подчеркивает необходимость видеть индивидуальность в каждом человеке, знать основные психологические характеристики: систему ее жизненных ценностей, доминирующую мотивацию поведения, особенности эмоциональной сферы, индивидуальный стиль общения и т.д. Знание психики больного позволяет выявить те особенности, которые могут усилить проявления болезни или, наоборот, способствовать более успешному лечению.

Как известно, болезнь легче предупредить, чем лечить. Но профилактические рекомендации без учета психологических аспектов, как правило, не будут достаточно эффективными, они должны сочетаться.

За последние годы растет количество так называемых болезней "цивилизации", к которым причисляют нервно-психические расстройства, нейродермиты, ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, алкоголизм, наркоманию и т.д. Изучение факторов риска и причин возникновения этих болезней показало, что очень часто в их основе лежит психоэмоциональное напряжение. Возникновение последнего в основном зависит от психологических характеристик личности, ведь на одну и ту же психотравмирующую ситуацию люди реагируют по-разному, то есть те или иные социальные условия жизни и психологические особенности человека могут способствовать или предотвращать возникновению болезни. Это с особой остротой ставит проблему психологической грамотности населения, особенно молодого поколения, без чего трудно сохранить физическое и психическое здоровье.

В ряде психологических исследований описываются типы личностей, у которых чаще возникают болезни сердца, желудка, сосудов и т.д. Так, например, у людей, склонных к чувству страха, внутренне напряженных чаще наблюдаются болезни сердца, а у предрасположенных к гневу - болезни печени, у людей апатичных, с пониженным жизненным тонусом, - болезни желудка и кишечника. Отрицательные эмоции могут привести к обострению язвенной болезни, диабета, гипертонии. Но человек не рождается с теми или иными личностными данными, они формируются в процессе жизни, воспитания и обучения. Следовательно, проблемы профилактики любых заболеваний, воспитания здорового поколения невозможно решить, не учитывая индивидуальные особенности человека.

Психическое здоровье, внутреннее совершенство, гармоничная система отношений с окружающим миром закладываются еще в детском возрасте, поэтому профилактические психогигиенические рекомендации и меры являются наиболее продуктивными, если они реализуются с раннего детства, а не в зрелом возрасте, как это часто бывает.

К наиболее важным рекомендациям, направленным на сохранение и укрепление психического здоровья детей, относятся следующие:

1. Правильная организация и соблюдение режима дня.

2. Гигиеническая организация учебной нагрузки (соблюдение гигиенических требований к продолжительности урока, письма, чтения, расписание занятий, правильное чередование уроков, разных по характеру деятельности и чередование различных видов нагрузки течение недели, чередование учебной и трудовой деятельности с отдыхом и т.п.).
3. Подготовка ребенка к поступлению в детское дошкольное учреждение.
4. Готовность ребенка к школе.
5. Правильное воспитание детей в семье и организованных коллективах.
6. Индивидуальный подход к детям с различными типологическими особенностями ВНД.
7. Обеспечение благоприятных условий для формирования у детей положительного эмоционального состояния.
8. Интеграция физической и умственной деятельности в учебно-воспитательном процессе в учебных заведениях.

4. История возникновения науки

Глобальная научно-техническая революция начала XXI века привела к значительным изменениям условий жизни, учебы, труда и быта современного человека. Все что могло бы расширить возможности человека по разработке природных ресурсов, новых регионов, создание сложных и высокопроизводительных систем производства, управления и контроля, значительно облегчающие труд и быт. Вместе возникла потребность в создании новых направлений в науке и технике, подготовке специалистов более высокой квалификации, в изучении соответствия профессиональных требований физиологическим и психическим возможностям человека с целью предупреждения усталости и болезненных состояний вследствие перенапряжения нервно-психических функций.

Современные условия жизнедеятельности человека характеризуются неблагоприятным воздействием различных факторов окружающей среды: биологических, психологических, социальных, приводящие к росту численности психосоматических болезней и нервно-психических нарушений.

Проблема психического здоровья всегда привлекала внимание многих исследователей.

Первые представления о психике человека связаны с анимизмом (лат. anima - дух, душа) и философскими исследованиями этой проблемы.

Древнегреческий философ Платон считал, что душа человека существует предварительно. Она есть образ и виток мировой души. Душевные проявления ресниц разделяет на ум, мужество (совр. понятие - воля) и жажду (стремление). их гармоничное сочетание придает целостности духовной жизни человека.

По Аристотелю, душа бестелесная, она является формой живого тела, причиной и целью всех его жизненных функций.

Знаменитый Гиппократ изучал различные психические проявления у людей, их реакции на раздражители. Им впервые разработано учение о типах темперамента.

Значительный вклад в сохранение душевного здоровья людей сделал Соран Эфесский - выдающийся врач Древней Греции, который первым заметил наличие связи между психическим и соматическим у человека.

В середине XI века арабский врач Авиценна в "Каноне врачебной науки" указывает, что основным в сохранении здоровья является уравнивание необходимых общих факторов. Он выделяет 6 составляющих компонентов пунктов, необходимых для сохранения здоровья (свет и воздух, питание и питье ; движение и покой; сон и бодрствование; обмен веществ и эмоции). Авиценна обращает внимание на то, что необходимо уметь управлять своими эмоциями. Такие эмоции, как гнев, радость, печаль и страх тревожат "душу" в течение всей жизни. Через душевное равновесие достигается

сохранение здоровья одновременно для души и тела. Врач описывает множество наблюдений над отношением матери к своему ребенку и высказывает мнение о ее влиянии на формирование характера и здоровья. Несмотря на это, один из разделов "Канона медицинской науки" Авиценна называет "О воспитании", где рассматривает педагогическое влияние как один из факторов сохранения здоровья. Психолого-педагогические аспекты решения проблемы здорового психического развития ребенка, по его мнению, зависят также от выделенных им двух периодов ее воспитания от момента рождения до 5 лет, когда воспитание осуществляет мать-кормилица, и от 6 до 14 лет, когда воспитание осуществляется одновременно с обучением.

Выдающимся врачом средневековья был Парацельс. В работах Парацельса окончательно сформировались демонические представления о причинах возникновения заболеваний. Он считал, что злые духи и призраки имеют психогенное влияние на человека.

С XVII века начинается новая эпоха в развитии психологических знаний. Она характеризуется попытками осмыслить душевный мир человека с общефилософских позиций, хотя и без необходимой экспериментальной базы. Р. Декарт выражает мнение, что между телом и душой существует разница: "тело по своей природе всегда делимое, в то же время дух - неделимый". Но душа способна двигать телом. Декарт заложил основы детерминистской концепции поведения с ее центральной идеей рефлекса как закономерного двигательного ответа организма на внешние раздражители.

Четко очерченные психогигиенические аспекты имеет разработанная чешским ученым Яном Амосом Коменским проблема детского обучения, изложенной в книге "Великая дидактика". Психогигиенические аспекты обучения предусматривают рациональное распределение дневной нагрузки и отдыха учащихся, умеренность в питании, физической активности.

Необходимо отметить, что эпоха Возрождения отличалась целостным и многообразным подходом к определению содержания школьного обучения и воспитания.

По мнению французского писателя, философа и педагога Жан Жака Руссо, общество и неправильное воспитание способствуют формированию негативных черт характера ребенка. Уделяя большое внимание воспитанию, он считал, что оно "должно начинаться со дня рождения ребенка. Но пора наиболее выгодна для воспитания детских характеров, чем та, когда совсем не приходится их преодолевать". Правильное воспитание предполагает учет природных и возрастных особенностей ребенка с целью гармоничного психического развития ребенка и сохранения психического здоровья.

Взгляды Руссо оказали значительное влияние на многих педагогов и психологов следующих поколений.

Становлению психолого-педагогических основ сохранения психического здоровья способствовала деятельность ученых Киево-Могилянской академии (С. Кулябки, Г. Конисского, Ф. Прокоповича) по разработке теории познания, эмоций.

Проблема душевного здоровья освещена также украинским философом, поэтом и педагогом Г. С. Сковороде. Педагогическое наследие Г. С. Сковороды принадлежит к выдающимся достижениям мировой прогрессивной культуры XVIII в. В своих произведениях Г. Сковорода обращает внимание на роль учителя и врача в вопросах познания и самосовершенствования человека. Состояние человека определяется "здоровьем Духа, душевным миром и весельем сердца" При их отсутствии у человека наблюдается расстройство здоровья По мнению Г. С. Сковороды, "главное в воспитании: благо родить; сохранить питомцу молодое здоровья; научить благодарности". Великий мыслитель заботится о будущем здоровое как телом, так и духом потомство, и поэтому рекомендует воспитание начинать с рождения. При этом он дает такие рекомендации отца: быть здоровыми, перед рождением детей нельзя быть чем-либо возбужденным, нервным или пьяным; женщина должна предотвращать споров, нервных потрясений.

Внутри и особенно в течение второй половины XIX века стремительно растет интерес к познанию самих себя и собственных обществ.

Появляются популярные в то время научные труды Б. Е. Фейхтерслебена (книга "К вопросу о диететике души", 1848 год) и Ф. Шольца (книга "К вопросу о диететике духа" 1887 год).

Важный вклад в развитие знаний об особенностях детской психики в начале XX века сделала итальянский врач-педагог Мария Монтессори. Стремление к саморазвитию и самосовершенствованию, к работе, как и много других положительных черт личности, Монтессори считала естественными человеческими качествами. Для Марии Монтессори ведущим направлением педагогики становится изучение внутренних потребностей, тенденций развития и создания благоприятных условий для гармоничного психического состояния. Педагогические приемы и принципы обучения и воспитания Марии Монтессори позволяют учитывать индивидуальные особенности как здорового, так и больного ребенка, их можно применять к детям с отклонениями в состоянии здоровья, а также - при наличии нарушений в развитии.

Первые фундаментальные психогигиенические исследования провел педагог, психолог и врач И. А. Сикорский, который сформулировал основные показатели психического здоровья и обратил внимание на факторы морали для сохранения психического здоровья. Он одним из первых определил нервно-психическую гигиену как отрасль познания и практической деятельности.

Проблемой сохранения психического здоровья учащихся в педагогическом процессе занимался известный ученый А. С. Вирениус. Вопрос умственной и нравственной гигиены он считает основными вопросами в педагогике. Проблема педагогической гигиены рассмотрена им в книге "Гигиена учителя", в которой он дает рекомендации педагогическим работникам по сохранению их психического здоровья и раскрывает психологический механизм учительского труда.

В начале XX века профессор Харьковского университета И. Скворцов определил задачи нервно-психической гигиены в процессе обучения и воспитания детей и подростков.

Проблемой психического здоровья личности занимался академик В. М. Бехтерев. По мнению ученого, причиной отклонения в состоянии психического здоровья являются нарушения основных правил гигиены, неправильное воспитание, что создает трудности для формирования адаптационных возможностей личности к внешним условиям жизни.

Исторически возникновение психогигиены связывают с первым съездом психиатров России (1887 г.), на котором видные отечественные психиатры (С. С. Корсаков, И. П. Мережковский, И. А. Сикорский и др.) обратились к общественности с идеей разработки программы и создания системы предупреждения нервных и психических заболеваний.

В послевоенные годы при Всемирной организации здравоохранения был уже создан отдел психического здоровья. К концу XX века психогигиена во все большей степени стала ориентироваться на решение социальных и экологических проблем, которые стали оказывать существенное влияние на психическое здоровье.

В зарубежной литературе возникновение П. связывают с движением, основанным Биерсом (Beers M.). Этот страховой служащий, в течение двух лет находившийся в психиатрическом стационаре, опубликовал после госпитализации в 1908 г. книгу "Разум, нашедший себя", вызвавшую интерес во всем мире. Затем он создал психогигиеническое общество, много путешествовал, читая лекции и пропагандируя положения о необходимости совершенствования психиатрической помощи, пытаясь привлечь внимание общественности к проблемам, связанным с психическими болезнями. В Балтиморе был создан психиатрический госпиталь под руководством ведущего американского психиатра Майера (Meyer A.). В 1917 г. психогигиеническое общество возникло в Канаде, в 1918 г. - во Франции. Вопросами П. занимались такие видные

психиатры, как Крепелин (Kraepelin E.), Форель (Forel A.), Блейлер (Bleuler E.) и др. Перед началом Второй мировой войны во многих странах Европы и Америки уже существовали психогигиенические организации и общества, издававшие журналы, координирующие деятельность по изучению причин возникновения психических нарушений, внедряющие П. в медицинское и общее образование, осуществляющие санитарное просвещение населения. В послевоенные годы были созданы отдел психического здоровья при ВОЗ и Всемирная федерация психического здоровья. Во многих странах ведется преподавание П. Поскольку с начала психогигиенического движения отдельные его задачи (в частности, связанные с распространением психологических знаний) среди населения уже осуществлялись, в последние десятилетия П. в большей степени ориентирована на решение социальных и экологических проблем, имеющих отношение к психическому здоровью.

Основной целью П. является сохранение психического здоровья, душевного равновесия. Поэтому среди ее направлений особое место занимает изучение факторов и условий среды, влияющих на психическое развитие и психическое состояние человека, и разработка мероприятия по их устранению или уменьшению в случае их патогенной роли. К таким факторам можно отнести все еще существующее неправильное отношение к лицам, страдающим психическими заболеваниями, злоупотребление лекарственными средствами, напряженные условия работы в некоторых видах деятельности, неблагоприятные экологические факторы и др. П. призвана помогать человеку избегать неблагоприятных воздействий, опасных для его психического здоровья, обучать его справляться с теми трудностями, которых не удалось избежать, используя для этого естественные, природные ресурсы или изменяя свое отношение к ним. В П. выделяют несколько разделов и подразделов: возрастная П. (П. детства, П. подросткового, пожилого и старческого возраста); П. труда и обучения (П. производственного и умственного труда); П. быта; П. семьи и половой жизни; П. больного человека. В зависимости от изучаемой области П. опирается на те или иные дисциплины: педагогику, педиатрию, детскую и педагогическую психологию - П. детства; геронтологию, возрастную психологию, медицинскую психологию - П. пожилого и старческого возраста и т. д.

Важное место в разработке психогигиенических мероприятий занимают эпидемиологические транскультурные исследования заболеваемости, микросоциологических, психологических и социально-психологических средовых факторов. Психогигиеническое воздействие наряду с санитарным просвещением осуществляется с помощью диспансеризации больных и лиц с повышенным риском заболеваемости, находящихся в кризисных состояниях; обеспечения "гигиенической зрелости" коллективов; разработки оптимальных режимов труда и быта. Для решения психогигиенических задач все чаще привлекаются методы психотерапии, такие как аутогенная тренировка, биологическая обратная связь, позитивная, поведенческая, групповая психотерапия и социально-психологический тренинг. Развитие теории и практики П. потребовало новых форм ее организации. Создаются специальные психогигиенические учреждения для лиц практически здоровых, но находящихся в кризисных ситуациях: медико-психологические семейные консультации, дневные и ночные санатории-профилактории при промышленных предприятиях, вузах и др. учреждениях, кабинеты психологической и психофизиологической разгрузки, кабинеты социально-психологической помощи, телефонное консультирование и др.

Тема 2. Методы психогигиены и психопрофилактики. Психологическое просвещение.

1. Сущность психологического просвещения и его формы.
2. Специфика просветительной работы психолога в разных учреждениях.

Методы психогигиены и психопрофилактики включают психокоррекционную работу в рамках консультативных центров, «телефонов доверия» и других организаций, ориентированных на психологическую помощь здоровым людям; массовые обследования с целью выявления так называемых групп риска и профилактической работы с ними; информирование населения и т. д. Специальными задачами психогигиены и психопрофилактики являются помощь людям в кризисных ситуациях семейного, учебного или производственного характера, работа с молодыми и распадающимися семьями и т. п.

1. Сущность психологического просвещения и его формы.

Психологическое просвещение - одна из традиционных, действенных и наиболее распространенных составляющих частей психопрофилактической работы - общего направления практической деятельности педагога-психолога, независимо от того, где, в каком учреждении или в какой из отраслей практики он работают.

Санитарное просвещение - это лечебно-профилактическая деятельность, целью которой является привлечение населения как к индивидуальной профилактике и участию в лечении, так и к более широкой общественной профилактике, т. е. прежде всего создание здоровой жизненной среды. По содержанию важнейшими темами санитарного просвещения являются: психическая гигиена и профилактика неврозов, половое воспитание и охрана здоровья матери и ребенка.

В медицине сложились следующие виды (формы) санитарной просветительской работы: вербальные (индивидуальная и групповая беседа, публичная лекция, выступления в средствах массовой информации), наглядные (бюллетень, буклет и др.). Поскольку практическая психология в большинстве случаев копирует и заимствует многое из системы организации здравоохранения, то правомерно применение таких видов просветительства и в практике психологии. Одной из разновидностей психологического просвещения являются публицистические выступления практического психолога системы образования в средствах массовой информации (СМИ). Материалы, помещаемые специалистами в "печатных" СМИ, представляют для любого исследователя, в том числе и психолога, особую ценность по сравнению с таковыми, но устными выступлениями включая даже трансляцию беседы или лекции по теле- и видеоканалу. Печатные материалы легко фиксируются, накапливаются, их можно легко анализировать и изучать.

Преимущества печатных, электронных (радио, видео и телевидение) СМИ и Интернета перед устными выступлениями в том, что опубликованная в них информация всегда найдет своего адресата из-за большого охвата читательской аудитории. В то же время особенность этих информационных систем - отсутствие непосредственного контакта индуктора (коммуникатора) и реципиента. По этой причине в работе на такого типа информационных каналах не следует повторять печальный опыт А. В. Чумака и А. М. Кашпиоровского, то есть проводить безадресное и бесконтрольное психологическое и психотерапевтическое воздействие.

Согласно В. В. Пахальяну (2002), "просвещение - направляется на своевременное и адресное распределение информации, позволяющей предупредить появление типичных трудностей в развитии, в освоении деятельности, в общении детей и т. п." [30, С. 41]. Эта задача несколько сужает круг потребителей психологической информации. Собственно ребенок развивается в определенной социальной среде и информационное поле психологического просвещения должно распространяться не только на ребенка, его педагогов и родителей, но и на всех других посредников

социальных институтов, участвующих в процессе социализации ребенка.

Психологическое просвещение - раздел профилактической деятельности специалиста-психолога, направленный на формирование у населения (учителей, воспитателей, школьников, родителей, широкой общественности) положительных установок к психологической помощи, деятельности психолога-практика и расширение кругозора в области психологического знания.

Таким образом, исходя из этого определения, психологическое просвещение выполняет три задачи:

- первая задача - формирование научных установок и представлений о психологической науке и практической психологии (психологизация социума) [45];
- вторая задача - информирование населения по вопросам психологического знания;
- третья - формирование устойчивой потребности в применении и использовании психологических знаний в целях эффективной социализации подрастающего поколения и в целях собственного развития.

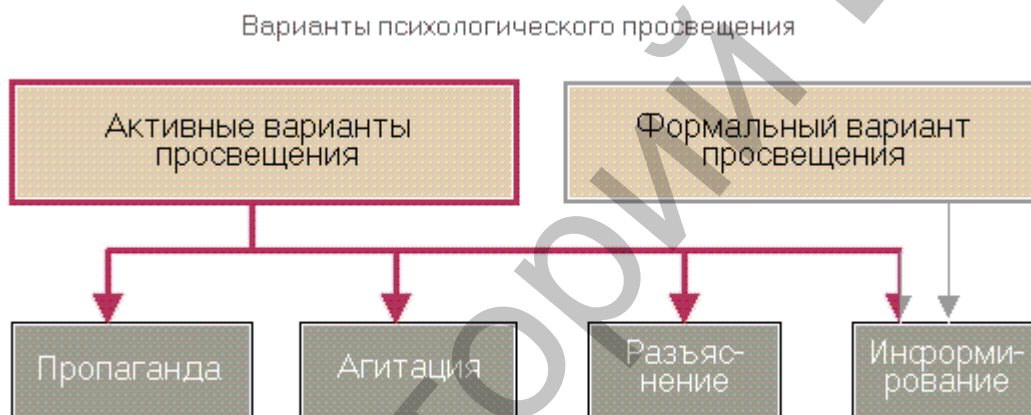


Рис. 3

Таким образом, по степени активности самого психолога варианты психологического просвещения в образовании могут быть активными, когда активным субъектом просвещения (пропаганды психологического знания, агитации за внедрение и использование научных психологических знаний и разъяснения необходимости психологической помощи и т. п.) выступает сам психолог или формальным, предполагающим лишь информирование по запросу клиента. Последний вариант может одновременно рассматриваться и как консультативная работа.

К настоящему времени в психологическом просвещении, как в медицине и медицинской психологической деятельности в частности, так и в образовании накоплен большой арсенал конкретных *форм его проведения*. В частности, в литературе, адресованной для практического психолога, перечисляют следующие из них: лекции, беседы, семинары, выставки, подборка литературы и пр. В то же время, конкретные формы психологического просвещения, эффективно используемые в одном направлении практической деятельности, могут быть не эффективными или даже неуместными в другом.

Различают наглядно-вербальные формы и чисто вербальные, хотя, памятуя о разнообразии способов сочетания живого слова педагога и наглядности, такое деление условно.

Наглядные формы психологического просвещения.

Психологический листок и буклет. В санитарном просвещении такие формы как "Санитарный листок", "Санитарный бюллетень", буклет, витрина применяются довольно широко. В практической психологии это почти не разработанный вопрос.

Формами оперативного информирования являются традиционно используемые в образовательных учреждениях листки и буклеты. В первую очередь они способствуют оформлению интерьера кабинета и лишь во вторую несут информационно-просветительную нагрузку.

Плакат, специальная витрина. Как и предыдущие формы тоже выполняют преимущественно "интерьерную" функцию. Собственно даже в рекламных сообщениях об их выпуске каким-либо издательством акцентируется именно эта сторона их использования "для оформления кабинета". Собственно такую же "интерьерную" функцию выполняют и "подборки специальной литературы".

Памятка. Отдельные вопросы и темы, наиболее проработанные психологом, можно оформлять в виде своеобразных памяток - небольших брошюр, выполненных типографским способом или размноженным через принтер.

В большинстве случаев психологи оформляют в виде памяток материал уже прочитанных лекций, выступлений на методических совещаниях или публикации в СМИ. Положительные моменты такой формы работы выражаются в том, что идет своеобразное повторное использование материала, что не всегда возможно осуществить в динамичном планировании методической работы образовательного учреждения.

Поскольку применение большинства из этих наглядно-вербальных форм замыкается в периметре стен и шкафов кабинетов психологов и учительских, то их информационная полезность весьма низка.

К примеру, способствуя определенному настрою, размещенные в психологическом кабинете плакаты, буклеты, подборки литературы и т. п., если они вовремя не убираются или не закрываются экраном (шторой) - такого вида наглядность только отвлекает внимание ребенка при индивидуальной работе с ним.

Более действенно в практической психологии непосредственное общение и преимущественно *устные вербальные формы информирования и просвещения.*

Беседа

Кроме функции сугубо исследовательского метода беседа может эффективно использоваться и как незаменимый инструмент психотерапевтического и психопрофилактического воздействия специалиста на его клиентов. Коммуникатор должен четко представлять цель беседы, иметь ее план (удерживаемый в голове), соблюдать этико-педагогический такт во время ее проведения. То, о чем можно разговаривать "один на один", порой невозможно затрагивать и воплощать в процессе групповой беседы.

Методика проведения беседы может быть разнообразной в зависимости от условий, опыта психолога, его знания проблемы, умения варьировать степень своего участия и участия слушателей. Формы беседы также различны:

- рассказывает лектор и изредка обращается к слушателям (неактивная форма);
- объявляет проблему, вокруг которой будет идти обсуждение, слушатели высказывают свое мнение, при этом важно не только дать оценку (правильно или неправильно, хорошо или плохо), главное - обосновать свои доводы, только правильное обоснование может привести к самостоятельно сделанным правильным выводам;
- в процессе работы искусственно создается ситуация, допускающая категоричные возражения или одобрения, что вызывает активную и оперативную реакцию со стороны слушателей;
- по договоренности со слушателями с целью участия всех в обсуждении данной проблемы одна часть слушателей задает вопросы, другая отвечает, и наоборот;
- одна часть слушателей называет конкретные ситуации, другая часть

обосновывает, насколько приведенные примеры ситуаций соответствуют проблеме или вопросу [28, С. 8].

Беседа индивидуальная. В медицинской практике беседу широко используют не только для исследовательско-диагностических и психотерапевтических целей, но и для санитарного просвещения. В медицине такой вариант просвещенческой работы оценивается в объеме четверти часа. Беседу индивидуальную проводят в процессе работы с клиентом. Является она и эффективной формой реализации задач психологического просвещения в практической психологии образования. Собственно любое общение психолога с клиентом в рамках выполнения им своих профессиональных обязанностей выполняет функции просвещения. Обычно это не планируемый заранее формальный вариант психологического просвещения. Тема беседы вытекает из содержания работы по конкретному запросу и полученных предварительных выводов. Главное требование к любому конкретному варианту беседы - соблюдение этико-педагогического такта.

Беседа групповая. В работе практического психолога образования такая беседа может быть осуществлена в классе на классных часах, на педагогическом совете или родительском собрании. Это уже планируемый вариант психологического общения психолога с группой клиентов (учащихся, родителей, педагогов и др.).

Беседа и выступления на радио и видеоканале (телевидении). Запланированная беседа в электронных СМИ при условии заранее сделанной записи - весьма эффективный способ доведения психологической информации до адресата. Отсутствие же прямой обратной связи с аудиторией накладывает необходимость очень щепетильно относиться к содержанию публичного выступления.

Коллегиальное обсуждение

Все перечисленные выше формы проведения психологического просвещения в какой-то мере ограничены в плане диалогического общения. Любая беседа чаще превращается в монолог, где специалист старается отстоять свою точку зрения. Коллегиальное же обсуждение располагает уже по своему определению к ди- и полиалогу.

В качестве варианта коллегиального обсуждения вполне полноправно вслед за В. В. Пахальяном [30] приведем психолого-педагогический консилиум. В то же время, при всей даже избыточной проработанности этого вопроса в специальной литературе [53], необходимо отметить главное условие его эффективного функционирования - это способность каждого из членов консилиума к комплексному рассмотрению и решению конкретного вопроса. Собственно психолого-педагогический консилиум это не одна из организационных форм взаимоотношения практического психолога и педагога, и тем более это не начальный этап организации психологической службы, как было принято рассматривать консилиум в практической психологии образования ранее, а своеобразный "высший уровень" развития ее в конкретном образовательном учреждении.

Лекция

Лекция предполагает последовательное изложение учебного (учебно-методического, научного) материала. Основные дидактические требования к лекции высокий научно-теоретический уровень (с учетом подготовленности аудитории); целостное раскрытие темы; анализ конкретных фактов и явлений в их взаимосвязи; их обобщение; связь с ранее изученным материалом: эмоциональность изложения и т. п.

Особенностью этого вида публицистического выступления является, то, что в ее основе лежит ораторское искусство. Столь необходимая при лекционной работе эта основа любого устного выступления является врожденной [36]. Любые техники могут лишь улучшить эту способность. А если таковых способностей нет? Для

представителей педагогической профессии это почти неразрешимый вопрос: ни в одной из практических областей столь часто и грубо не игнорируются индивидуальные особенности и способности, присущие как отдельным учащимся, так и коллегам по работе как в образовании.

В педагогической среде, как правило, пользуются спросом темы напрямую связанные с вопросами школьной жизни и взаимодействий в системе "учитель-ученик". Последнее время актуальными стали вопросы психологического обоснования образовательных инноваций.

Выступление на методическом совещании и семинаре

Это вариант лекционно-просветительной работы по своим характеристикам близок к лекции. Отличительными моментами такого варианта просветительной работы являются следующие моменты. Первое - тема заранее утверждена и слушательская аудитория определена, и она более ориентирована на восприятие материала выступления. Второе - этот вариант психологического просвещения не вызывает вопросов в его оценке и отнесению к одному из основных направлений работы практического психолога. Просто его однозначно относят к методической работе.

Наиболее эффективной формой психологического просвещения, осуществляемого в педагогической среде, является семинар, где слушателям предлагают конкретные технологии и приемы психопрофилактической и психогигиенической работы. Как показывает опыт, целесообразно выстраивать свое сообщение на методическом совещании по схеме двух-трех блоков, предполагающих теоретическую часть (1 блок) и практическую (2-3 блоки), направленную на формирование навыков, обучение практическим приемам в рамках обсуждаемой темы.

Постановка разнообразных вопросов, вариативность их обсуждения создают на занятиях атмосферу раздумий, своеобразного обмена мнениями, коллективного анализа, - иными словами, позволяет организовывать всестороннее обсуждение проблемы в режиме диалога и сформировать коллективное мнение.

В последнее десятилетие в связи с активной пропагандой некоторых психотехник в педагогической среде стали все более и более внедряться так называемые "активные формы обучения" и игротехнические приемы. Не умаляя их ценность, следует предостеречь практического психолога от их абсолютизации: "Проведение в ходе семинарских занятий педагогических игр, дискуссий, рассмотрение ситуативных задач предназначено для отработки тех или иных "трудных" элементов деятельности учителя. Не следует, однако, забывать, что в играх профессиональные умения проявляются условно. Например, участник поочередно выступает в роли учителя, классного руководителя, учащегося. Такая имитация педагогического процесса является важным способом формирования определенных умений, но учитель в основном учится в реальной деятельности" [27, С. 5].

Публицистическая статья

Формой вербального письменного варианта психологического просвещения является публицистическая статья в региональных печатных СМИ. Преимущества такого варианта психопрофилактического воздействия в том, что статья или заметка в газете, независимо от темы выступления, всегда найдет своего читателя. "Печатный текст, - согласно Г. Селье, - обязательно найдет свою аудиторию, пусть даже самую небольшую" [36, С. 343]. К тому же печатное слово всегда вызывает большее доверие, чем устное. Это явление было подмечено еще И. С. Коном: "Психологическая наука раскрыла мне, что печатный текст учебника, прочитанный

непосредственно перед экзаменом, почти всегда "перешивает" ранее услышанный материал" [19, С. 329]. Даже отпечатанный на пишущей машинке текст воспринимается лучше. Отрицательные моменты статьи в СМИ - отсутствие полноценного контакта и действенной обратной связи с читательской аудиторией.

Можно выделить следующие *виды* такого взаимодействия педагогов-психологов и СМИ:

1. Постоянные рубрики. Это могут быть рубрики по "популярной (занимательной) психологии", "советы психолога" и т.п. В таких постоянных рубриках может размещаться материал, ориентированный на родителей, детей и по психологической безопасности.

2. Комментарии по письму читателей. Достаточно плодотворным может быть сотрудничество психолога со СМИ в плане комментариев по письмам читателей газеты. В свое время В. И. Костив (1987) использовал "письмо в редакцию" как методику научного исследования, анализируя читательские письма [20, С. 4]. В газету, на радио, телевидение пишут люди и чтобы просто выпустить пар, и, ища совета и консультации, и для подтверждения правильности уже принятого решения. Основная сложность такого консультирования, что оно открыто для читателей (слушателей), но психолог не имеет прямого контакта с лицом, обратившимся к психологу за помощью. Психологу трудно определить является ли это письмо в газету "криком о помощи", демонстративным выпадом или спланированным шагом сутяги. К тому же это письмо - лишь собственная субъективная оценка ситуации лицом, писавшим это письмо, а для объективной оценки ситуации необходимо бывает и исследование мнения противной стороны.

4. Проблемные выступления. В этот вид публицистики могут входить материалы с самой разнообразной тематикой. Была бы проблема, а психолог всегда найдет что сказать.

5. Отдельные разобщенные публикации.

6. "Запросная" тематика.

7. Хроника психологической службы.

8. Реклама, краткая информация и объявления. Среди такого вида информационных сообщений следует отметить и так называемую "случайную рекламу", например, когда какое-либо образовательное учреждение (детский сад, школа, лицей), или реабилитационный центр помещают обширную или краткую рекламную информацию о своей деятельности, где несколько строк или фраз свидетельствуют о том, что в данном учреждении работает психолог. Иногда сам практический психолог пишет рекламную заметку об учреждении. Можно использовать и возможность частного рекламного объявления для выражения собственной точки зрения. Например, по инициативе заказчика частного рекламного объявления психолог пишет соответствующую статью или заметку на психологическую тему.

По характеру публицистических материалов психологи можно подразделить все их на три варианта: оригинальные, интервью и компиляционные.

Оригинальные материалы. В эту категорию принято включать сообщения (заметки, статьи, материалы), подготовленные непосредственно практическим психологом в порядке личной инициативы или планомерно. Здесь могут быть представлены как материалы собственных экспериментальных или социально-психологических исследований, популярное изложение отдельных вопросов психологии развития, общей или социальной психологии.

Интервью в данном случае - это устная беседа журналиста с психологом,

преобразованная в печатный текст. Как известно, требования, предъявляемые к устной речи менее жестки. Часть информации во время беседы передается не только словесно, но и невербальными средствами общения: жестами, мимикой, интонацией и т.п. Все это трудно записать дословно. Кроме того, различными являются как понятийный аппарат, так и ориентация в материале у журналиста и у психолога. Нередко после своей устной беседы психолог в подготовленном к печати интервью обнаруживает то, что он и не думал говорить. Это могут быть по-разному расставленные акценты, вставки и дополнения, а порой и рабское копирование совершенно чужого текста. Последняя особенность нередко встречается в журналистике [21, С. 168]. Интервью требует обязательной читки и проверки перед его выходом в печать. Процедура не всегда одобряемая представителями СМИ.

Компиляционные материалы. Вероятно, с этой категорией материалов каждому из психологов и читателей изданий региональной прессы приходилось встречаться ни один раз. Частью такие публикации размещаются самими сотрудниками СМИ в плане "отработки количества печатных строк", частью представляется самими психологами, не утруждающими себя самостоятельным творчеством. В первом случае в числе таких материалов могут появляться всякого рода небольшие по объему психологические методики и тесты, но чаще - это "тесты-игрушки" лишенные всякой диагностической ценности. Профессиональные психологи, как правило, ревностно относятся к своему инструментарию и не позволяют себе такой роскоши, чтобы размещать его в разряде ребусов, загадок и кроссвордов. Место для психологического инструментария - на страницах практических и научных специализированных изданий, куда редко заглядывают дилетанты. Зато заимствовать чужое произведение или воспроизвести его без ссылки на автора - этим, к сожалению, грешат многие. Просто нет у многих из нас соответствующего уровня правовой культуры. Во многом такой "наивный плагиат" по принципу "В чужом огороде яблоки слаще" - есть проявление личностных черт - "эксплуатирующего типа социального характера" по Э. Фромму [39, С. 252].

Специфика просветительной работы психолога в разных учреждениях

В этом разделе освещается специфика психологического просвещения лишь в трех типах учреждений: в учреждениях образования, системе экстренной психологической помощи (на "Телефоне доверия") и .

В *учреждениях образования* психологическое просвещение должно бы занимать одно из центральных мест в системе психопрофилактической работы. При благоприятном стечении обстоятельств в любом из типов образовательных учреждений может быть применено все многообразие форм психологического просвещения. При неблагоприятном же - на психолога возложат основной груз по осуществлению всей методической работы учреждения или, в крайнем случае - будут просто игнорировать эту часть его деятельности. Здесь необходимо определить общие точки соприкосновения и сотрудничества со всеми участниками методического обеспечения учреждения.

Некоторые особенности имеет просветительская работа среди педагогического и обслуживающего персонала детских домов. В частности, педагогический персонал оказывается совершенно не компетентным в вопросах полового воспитания и оценке некоторых из моментов поведения детей, связанных с половым созреванием.

Особым типом учреждения системы образования является ПМПК (психолого-медико-педагогическая консультация/комиссия). Психологическое просвещение здесь предусматривается в рамках профилактической работы сотрудников учреждения [9]. Выполняемая представителями этого учреждения (педагогами-психологами, учителями-логопедами, коррекционными педагогами и врачами)

психопрофилактическая работа сводится до трех форм: индивидуальной беседы (с родителями, детьми, педагогами), обсуждений вопросов на методическом совещании и/или педагогическом консилиуме, и выступлений в СМИ. Как показывает опыт, дефектологическая тематика не столь часто привлекает внимание сотрудников СМИ, поэтому целесообразнее предлагать в них материалы по общим педагогическим, психологическим и медицинским вопросам.

Рекомендации по работе с учащимися

Психологическое просвещение в молодежной и подростковой среде, а также в контингенте учащихся младшего школьного возраста необходимо осуществлять с учетом психологии самих реципиентов информации.

Применительно к задачам санитарного просвещения эксперты ВОЗ рекомендуют сделать это просвещение частью школьной программы - в этом случае дети воспримут такую информацию с интересом.

В этом же докладе выделяются несколько важных аспектов для эффективности просвещения:

- учитывать запросы "что подростки хотели бы узнать";
- говорить с ними "понятным для них языком и избегать снисходительного тона";
- создавать условия для активности самих реципиентов "в ходе этого общения подростки могли бы не только выступать в роли получателей информации, которую взрослые хотели бы им передать, но также имели бы возможность высказывать свои собственные мнения";
- сотрудничать с позитивным референтным проводником информации: "Наилучшими проводниками информации являются сверстники, поскольку молодые люди более охотно их слушают" [12. С. 115].

Благоприятной информационной средой для трансляции популярных санитарно-гигиенических и психологических знаний, предназначенных непосредственно для молодежи, могут стать видеоканалы и "Всемирная паутина".

Самой действенной формой психологического просвещения в молодежной среде является вовлечение самих учащихся в процесс психологического информирования. Среди таких форм могут быть названы КВН, театрализованное представление и др., подготовленные под руководством психолога учреждения и музыкального (культпросвет) работника.

Работа среди родителей учащихся

Традиционно психолого-педагогическое просвещение в образовании применительно к специфике работы с родителями осуществляется в рамках педагогического всеобуча.

Психологическое просвещение в системе экстренной психологической помощи.

Типичным учреждением системы экстренной психологической помощи является "Телефон доверия". Как правило, основной вид работы такого учреждения консультирование. В то же время, несмотря на закрытость от других, "не участников консультативного процесса", такой вид деятельности этого типа учреждения нуждается в большей мере во внешнем представительстве своей работы [47; 48; 49]. Без рекламы, без поддержания постоянного интереса к телефонному консультированию эта служба экстренной психологической помощи обходиться не может. В практике работы эффективным как реклама является использования листовок, вывешиваемых в вестибюлях школ с информацией о телефоне, и времени

его работы, а также установление рекламного щита экстренной психологической помощи, размещенного на центральной улице города.

Психологическое просвещение в работе психолога прокураторы.

Прокуратура, как и другие (правоохранительные и военные) является закрытым типом учреждений. Здесь главенствует единоначалие и очень жесткая субординация. В целом работа психолога прокуратуры регламентируется соответствующей "Должностной инструкцией", в которой предусмотрена (правда без подробного комментария) и психопрофилактическая работа. Выступления в СМИ представителей такого рода учреждений часты и являются составной частью их работы по профилактике преступлений. Единственное, что необходимо помнить, что материал, исходящий из этих учреждений за должностной подписью контролируется и должен иметь разрешающую визу вышестоящего по должности лица (или заместителя прокурора по связям с общественностью). Статья психолога, написанная в порядке личной инициативы и подписанная им без указания его должностного положения, может не проходить процедуру визирования.

Этот вид работы, выполняющей профилактическую роль, необходим особенно в случаях, когда прямой уголовной или гражданской ответственности за проступки Законом не предусмотрено. Таким образом, психологическое просвещение в этом случае, являясь одной из форм работы, как и любого психолога - психопрофилактической, у психолога прокуратуры имеет дополнительную грань: выступления в СМИ выполняют, помимо этого, и функцию профилактики преступности и правонарушений. Исключительная возможность для психолога прокуратуры представляется в тех случаях, когда те или иные события получили огласку в региональной прессе. Особую возможность представляют ситуации, когда того или иного рода события имели в СМИ одностороннюю, пристрастную или некомпетентную интерпретацию в психологическом плане.

Психологическое просвещение и информирование населения по специальным вопросам - это одна из форм психопрофилактической работы практического психолога и является одним из вариантов "активных методов работы" практического психолога вне зависимости от того, где и в каком из учреждений он работает. Как и каждая из "активных форм" оно имеет свои ограничения. Неправильная подача материала, даже психологом, может приводить к явлениям, сходным с "дидактогениями". В то же время следует учитывать и реакцию на использование этого метода со стороны своего непосредственного начальства (администрации образовательного учреждения, чиновников управления образования).

При осуществлении психологического просвещения необходимо учитывать возрастные и социально-психологические характеристики тех по отношению к кому осуществляется эта работа. Так для детей школьного возраста целесообразно включение этих вопросов в сам учебный процесс. Эффективным является просвещение тогда, когда в нем принимают активное участие сами учащиеся или их сверстники. При работе с родителями это направление деятельности практического психолога уместнее осуществлять через систему родительского педагогического всеобуча. При этом необходимо учитывать их общекультурный и образовательный уровень, возможности и опыт в воспитании детей (педагогический потенциал семьи).

Психологическое просвещение в системе психологической службы образования не должно замыкаться в периметре стен образовательных учреждений. Так называемые наглядные формы просвещения, используемые широко в системе медицинского санитарного просвещения в психологическом просвещении мало эффективны. Его эффективность в большей степени зависит и от того, как психолог использует помимо традиционных бесед, лекций, семинаров и другие формы, и

каналы передачи информации от психолога к населению. Включение в процесс психологического просвещения каналов печатных и электронных СМИ способствует не только большому доступу населения, особенно молодежи, к психологической информации, но и позволяет реально фиксировать результат этой работы.

В данной работе специально акцентировано внимание на традиционных формах проведения психологического просвещения, общих для медицинской и психологической практики. Такие формы, давно разработанные и апробированные в процессе санитарного просвещения в медицине, не утратили своей эффективности при работе с взрослыми реципиентами информационного сообщения (учителями, родителями). В известной степени, психолог сам сможет внести элемент творчества в разнообразие этих форм и разработку новых при осуществлении психологического просвещения среди учащихся и воспитанников учреждений образования.

Тема 3: Психическое здоровье и его нарушения

- 1. Понятие психического здоровья, его критерии.**
- 2. Уровни и формы психического здоровья.**
- 3. Специалисты по психическим расстройствам.**
- 4. Нарушения психического здоровья.**

1. Понятие психического здоровья, его критерии.

Психика современного человека испытывает мощные негативные воздействия социального, природного, бытового и многих других характеров, что требует специальных мер для охраны и укрепления психического здоровья.

Психическое здоровье (ментальное здоровье) — согласно определению Всемирной организации здравоохранения, это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия и эффективного функционирования для человека и для сообщества. Это основное понятие психического здоровья соответствует его широким и разнообразным интерпретациям в разных культурах.

В этих условиях особую актуальность приобретает вопрос о критериях самого психического здоровья. В самой общей форме под ним, по-видимому, следует считать нормальное течение психических процессов (внимание, восприятие, память и т.д.). Психическое здоровье — важная составная часть здоровья человека, поэтому нет ничего удивительного в том, что физическое и психическое здоровье связаны самым тесным образом. В первую очередь это обусловлено тем, что организм человека — это система, в которой все элементы взаимосвязаны друг с другом и воздействуют друг на друга. Значительная часть этих взаимодействий опосредуется через нервную систему, поэтому психическое состояние воздействует на работу внутренних органов, а состояние последних, в свою очередь, сказывается на психике. Таким же образом через нервную систему опосредуется тот комплекс влияний, который не связан с социальным окружением. Психическое здоровье должно, как и здоровье в целом, характеризоваться:

- отсутствием психических или психосоматических заболеваний;
- нормальным развитием психики, если речь идет о ее возрастных особенностях;
- благоприятным (нормальным) функциональным состоянием.

Всемирная организация здравоохранения выделяет следующие *критерии* психического здоровья:

- ✓ осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я».
- ✓ чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях.

- ✓ критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам.
- ✓ соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям.
- ✓ способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами.
- ✓ способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать эти планы.
- ✓ способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Под нормальным психическим здоровьем понимается гармоничное развитие психики, соответствующее возрасту, возрастной норме данного человека. Благоприятное *функциональное состояние* рассматривается как комплекс характеристик и функций, обеспечивающих эффективное выполнение человеком задач, стоящих перед ним в различных сферах жизнедеятельности. Одним из ведущих показателей функционального состояния психики является *умственная работоспособность*, которая интегрирует основные характеристики психики — восприятие, внимание, память и др. Под умственной работоспособностью понимают «определенный объем работы, выполняемый без снижения оптимального для данного индивидуума уровня функционирования организма». Высокая умственная работоспособность — один из основных показателей психического здоровья и важный индикатор благоприятного функционального состояния организма в целом.

Оптимальный уровень функционирования для каждого человека определить сложно, так как на организм постоянно действует множество переменных. Фактически определение оптимума — это задача оценки нормы. Для психики человека, особенно для развивающейся (у ребенка), характерна связь между меняющейся генетической программой и пластичной средой (особенно социальной). Поэтому норма психического здоровья определяется очень сложно, в основном качественно, и граница между болезнью и здоровьем в ряде случаев размыта. Вот почему пограничные состояния значительно более характерны для нервной системы, нежели для других органов и систем. В силу же все пронизывающих связей нервной системы с различными системами и органами организма такие состояния — это еще большая трудность для определения. Необходимо принимать во внимание и степень напряжения, которая возникает у человека при выполнении той или иной работы. Напряжение — это та физиологическая «цена», которую организм платит за выполнение той или иной деятельности: уровень активности вегетативных систем, концентрация гормонов и др. Один и тот же уровень работоспособности у разных людей обеспечивается ценой неодинаковых усилий, что особенно заметно у детей.

2. Формы психического здоровья.

Известно, что индивидуальные различия бывают врожденными и приобретенными. Первые обусловлены наследственностью, вторые — жизненным опытом человека. Согласно современным представлениям, большинство приобретенных качеств формируются на наследственной основе и в определенной степени ею ограничены. Например, каждый человек имеет свою телесную конституцию (в частности, рост, вес, мышечную массу, уровень обмена веществ, общую выносливость и устойчивость). Тип физической конституции определяет предрасположенность к одним заболеваниям и повышенную устойчивость — к другим. Вместе с физической человек обладает и *психической конституцией*, связанной с анатомией и физиологией нервной и эндокринной систем. Совокупность наиболее устойчивых (нетрансформируемых) психических качеств

можно рассматривать с двух сторон — как психологический тип личности и как акцентуацию личности.

Психологический тип отображает разновидность конституциональной нормы. Подобно делению людей на малорослых пикников («плотных») и грацильных. *Акцентуации* являются дополнительной характеристикой по отношению к типу. Они отображают крайние формы нормальных психических функций, которые у одних людей приближены к нижней (минимальной), у других — к верхней (максимальной) границе нормы. Продолжая прежнюю аналогию, можно сказать, что одни атлеты отличаются большой быстротой, другие — замедленностью движений, и в этом состоят их «физические акцентуации». Ясно, что такие же особенности могут быть присущи людям с иным складом физической конституции.

Таким образом, психологический тип, с одной стороны, а акцентуации — с другой, позволяют построить достаточно целый и полный *психологический портрет* данного человека, содержащий как функциональные (тип), так и дисфункциональные (акцентуации) стороны его личности. Данный портрет содержит первоначальные установочные данные для оценки возможностей человека к адаптации и самореализации, указывает конкретные пути и способы сохранения и укрепления психического здоровья. Следует отметить, что сведения о типе и акцентуированных радикалах личности далеко не исчерпывают всю полноту и многообразие индивидуальности человека. Например, такие важные характеристики, как альтруизм или эгоизм, доброта или враждебность, степень самоуважения, вежливость или невежливость, уровень общего интеллекта и др., требуют специальных методов диагностики и оценки. Только с учетом полной и всесторонней информации о личности могут быть сформулированы индивидуальные психогигиенические и психопрофилактические рекомендации

4. Нарушения психического здоровья и душевная болезнь.

Психические и поведенческие расстройства наблюдаются у людей всех возрастов и во всех регионах, странах и обществах, и в любой период времени от них страдает 10% взрослого населения.

Психические проблемы — важная причина заболеваемости, а также широкомасштабного и долговременного социально-экономического ущерба. Согласно оценкам, экономический ущерб, связанный с этими проблемами, составляет 3–4% валового национального продукта. Помимо негативных последствий, связанных с расходами для служб здравоохранения и социальных служб, утраченной трудоспособностью и сниженной производительностью, воздействием на семьи и лиц, осуществляющих уход, повышением преступности и уменьшением общественной безопасности и преждевременной смерти, имеется также множество других не подсчитанных расходов, таких как утраченные возможности для отдельных лиц и семей.

На начальном этапе работы с клиентом, будь-то терапия или консультирование, психолог, психотерапевт сталкивается с проблемой диагностики его актуального психического состояния. И прежде чем диагностировать конкретную форму расстройства, встает необходимость определения *уровня или глубины психической патологии*. Существенным моментом на данном этапе является то, какой модели здоровья-болезни придерживается психолог, так как от этого будут зависеть критерии здоровья-нездоровья, используемые им в диагностике.

Здоровье — болезнь в рамках одномерной модели могут быть представлены как полюсы континуальной шкалы.

Здоровье |-----| Болезнь

Согласно теореме Контора, на одной прямой лежит бесконечное число точек. Такое представление о здоровье-болезни предполагает существование между полюсами здоровье — болезнь ряд промежуточных состояний, что находит свое воплощение в выделении уровней психической патологии. В современной отечественной

психопатологии выделяют три уровня глубины психических расстройств - норма, пограничные расстройства и психотический уровень патологии.

Норма ----- Пограничный уровень ----- Психотический уровень

На каждом уровне патологии существует своя специфика, определяющая: способы работы с клиентом, особенности взаимодействия с ним, характер терапевтических отношений, выбор стратегии, прогнозы и оценка перспектив.

Для определения уровня глубины нарушения клиента необходимо основываться на четкой диагностической схеме, предполагающей выделение определенных критериев для диагностики этих уровней.

В качестве первичной диагностики принципиально определиться в координатах «психотический – не психотический», так как психотические пациенты, как правило, не входят в поле профессиональной деятельности психолога. Психотические расстройства (психозы) характеризуются:

- грубой дезинтеграцией психики – неадекватностью психических реакций процессам, явлениям, событиям, ситуациям;
- наличием в клинической картине формальных признаков психоза: галлюцинаций, бреда, расстройств сознания;
- исчезновением критики – невозможностью осмысления происходящего, реальной ситуации и своего места в ней;
- исчезновением способности произвольно руководить собой, своими действиями, памятью, вниманием, мышлением, поведением, исходя из реальных потребностей, желаний, мотивов, жизненных ценностей, морали;
- наличием неадекватной реакции на события, факты, ситуации, предметы, людей и на самого себя.

Не психотические расстройства характеризуются:

- адекватностью психических реакций реальности по содержанию, но часто неадекватной заостренностью по силе и частоте;
- сохранением критичности, но нередко утрированной, сензитивно заостренной;
- ограничением способности регулировать свое поведение в соответствии с законами психологии, общества, ситуационной зависимостью психопатологических проявлений [2].

Для здоровой психики характерно положительное эмоциональное состояние как устойчивый характер откликов на различные события, факты. Преобладающее эмоциональное состояние (радость, чувство тревоги, грусть и т.д.) — это настроение, тот эмоциональный фон, на котором идет жизнь человека со всеми ее компонентами. Именно эмоциональное состояние оказывает мощное влияние на психическое здоровье и является его надежным индикатором, поэтому негативное эмоциональное состояние — показатель ухудшения психического здоровья и здоровья в целом. Следствием же таких отрицательных эмоций (особенно подавляемых) являются неврозы.

Неврозом И.П. Павлов называл срывы высшей нервной деятельности. Невроз можно рассматривать как функциональную нервную болезнь, не подтвержденную патологоанатомическими (или объективными) исследованиями. То есть при неврозе *нет органических нарушений*, а нарушены мозговые процессы, связанные с обработкой информации, эмоциями, управлением нервными процессами.

При всем многообразии видов неврозов выделяют три их базовых формы. *Истерия* чаще возникает у людей, близких к художественному типу ВВД, и проявляется в двигательно-опорных и вегетативных расстройствах. *Психастения*, или *невроз навязчивых состояний*, развивается у людей мыслительного типа и проявляется в навязчивых идеях или страхах. У людей промежуточного типа возникают неврозы по типу *неврастении*, которая проявляется в снижении работоспособности, нарушениях сна, раздражительности и др.

Неврозы – наиболее распространенный вид психогений (болезненных состояний, обусловленных воздействием психотравмирующих факторов); они характеризуются

парциальностью психических расстройств (навязчивые состояния, истерические проявления и др.), критическим отношением к ним, сохранностью сознания болезни, наличием соматических и вегетативных нарушений.

Развитие неврозов происходит по-разному. Наряду с кратковременными невротическими реакциями нередко наблюдается и затяжное течение их, не сопровождающееся, однако, выраженными нарушениями поведения. Невротические реакции обычно возникают на относительно слабые, но длительно действующие раздражители, приводящие к постоянному эмоциональному напряжению или внутренним конфликтам (события, требующие трудных альтернативных решений, ситуации, порождающие неопределенность положения, представляющие угрозу для будущего). Наряду с психогенными воздействиями важная роль в генезе неврозов принадлежит конституциональному предрасположению.

Выделяют три типа неврозов: *неврастения, невроз навязчивых состояний, истерия.*

Неврастения (астенический невроз). На первом месте в клинической картине стоят астенические проявления: повышенная психическая и физическая утомляемость, рассеянность, рассредоточенность, снижение работоспособности, потребность в длительном отдыхе, не дающем, однако, полного восстановления сил. Наиболее типичны жалобы на упадок сил, отсутствие бодрости, энергии, на пониженное настроение, разбитость, слабость, непереносимость обычных нагрузок. Повышенная психическая истощаемость сочетается с чрезмерной возбудимостью (явления раздражительной слабости), гиперестезией. Невроз навязчивых состояний проявляется многочисленными навязчивостями), хотя картина каждого конкретного невроза обычно относительно мономорфна. В круге обсессивно-фобических расстройств преобладают агорафобия, клаустрофобия, боязнь транспорта, публичных выступлений, нозофобии (кардиофобия, канцерофобия и др.) Истерия. В большинстве случаев клиническая картина определяется двигательными и сенсорными расстройствами, а также расстройствами вегетативных функций, имитирующими соматические и неврологические заболевания (конверсионная истерия). К группе двигательных расстройств, с одной стороны, относятся истерические парезы и параличи, а с другой – гиперкинезы, тики, ритмический тремор, усиливающийся при фиксации внимания, и ряд других произвольных движений. Возможны истерические припадки. К неврозам относятся некоторые формы нервной анорексии, заикания, энуреза.

Психопатии - стойкие врожденные особенности склада личности, препятствующие полноценной адаптации к среде. Выделяют также приобретенные психопатические состояния вследствие органических поражений ЦНС и других заболеваний. Психопатов отличает не только дисгармония характера, но и значительно большая (по сравнению с остальными людьми) ранимость, чувствительность к влиянию ряда внутренних (биологических-возрастные кризы, роды и др.), соматогенных, психогенных и социальных факторов. Этими свойствами и обусловлено многообразие динамики психопатии, основными видами которой являются фазы и патологические реакции (в пределах последних рассматривается патологическое развитие). Существуют многочисленные классификации психопатии. Выделяют следующие основные типы психопатии: шизоидные, психастенические, астенические, аффективные, паранойяльные, истерические, возбудимые, а также эмоционально тупые.

Шизоидные психопаты - необщительные, предпочитающие уединение, так называемые аутичные лица, избегающие проявлений чувств; нередко им присущи эгоцентризм, сухость и официальность в контактах с людьми. Среди них встречаются натуры холодные и даже жестокие. Основой шизоидного темперамента является сочетание чрезмерной чувствительности и холодности (психоэстетическая пропорция).

Психастенических психопатов отличает склонность к сомнениям, отсутствие внутренней уверенности в истинности чувств и правильности своих суждений и поступков, нерешительность в выборе линии поведения. Это люди добросовестные,

утрированно обстоятельные, предусматривающие в работе всякую деталь, педанты, тревожащиеся по поводу любого отступления от формы и заведенного порядка.

Астеническим психопатам свойственны общая нервная слабость, робость, чрезмерная чувствительность и впечатлительность, обнаруживающиеся прежде всего при необычных, выходящих за пределы повседневных ситуациях. Отличительной особенностью астеников является повышенная утомляемость. В процессе работы, требующей напряжения сил, у них быстро возникает рассеянность, нарушается концентрация внимания.

Аффективные психопаты - личности циклоидного круга, общительные, приветливые, добродушные. Одной из основных их особенностей является эмоциональная лабильность, неустойчивость настроения, достигающая иногда уровня очерченных аффективных расстройств (аффективных фаз).

Паранойальные психопаты - люди односторонних, но стойких аффектов, берущих верх над логикой и рассудком, своенравные, неоткровенные, жестокие и деспотичные. Они подозрительны, постоянно ждут подвоха со стороны окружающих, склонны к образованию сверхценных идей. В зависимости от тематики последних различают ревнивцев, сутяг, реформаторов, религиозных фанатиков и др.

Истерических психопатов отличает стремление казаться более значительными, чем они есть на самом деле, пережить больше, чем они способны пережить. Истерические психопаты используют все возможности, чтобы оказаться в центре внимания; этому служат не только эксцентричность в одежде, но и демонстративные формы поведения; такие люди склонны к хвастовству, подражанию, выдумкам, лжи, легкомысленным поступкам, различным авантюрам. У них преобладают капризность, упрямство, обидчивость, а также разные вегетативные и истерические пароксизмы (спазмы, афония, тремор пальцев рук и др.).

Возбудимые и примыкающие к ним *эмоционально тупые* психопаты - личности вспыльчивые, раздражительные, лишённые чувства сострадания, жестокие и угрюмые. Наиболее свойственные им формы реагирования - приступы гнева, ярости, аффективные разряды, возникающие по любому, даже незначительному поводу, сопровождающиеся иногда аффективно суженным сознанием и резким двигательным возбуждением.

Одним из важных критериев для отграничения расстройств невротического уровня от психотических нарушений является критичность к своим болезненным переживаниям, которую называют также способностью к проверке реальностью. Так, например, при *неврозе*, точнее, при "невротической личностной организации", человек сохраняет чувствительность к социальным нормам, более того, в большинстве случаев он становится повышенно чувствительным к ним вследствие самой природы невротического конфликта. В то же время невротическая личность в принципе сохраняет способность к эмпатии, сопереживанию, умеет правильно распознавать произвольные (выразительные) движения и преднамеренные реакции, обычно связываемые с определенными чувствами и эмоциональными состояниями. Однако невротик чрезмерно фиксирован на своих собственных переживаниях и у него остается слишком мало личностных ресурсов для эмпатического проникновения в мир другого человека, хотя он и способен к эмпатии. Кроме того, для клиентов данного уровня будет свойственно интегрированное чувство идентичности и преобладание защит высшего порядка.

Для клиентов *психопатической* личностной структуры, вследствие диффузности Я способность к эмпатии нарушена. Именно неспособность понять переживания и чувства другого человека приводит к частым межличностным конфликтам и, соответственно, к социальной дезадаптации. По мнению О. Кернберга, это может проявляться, в частности, в том, что представление о Другом у психопатической личности остается недифференцированным независимо от длительности взаимодействия (совместной жизни или работы). В то же время психопатические личности способны понимать социально

установленные границы поведения и, если их нарушают, то делают это сознательно. Обладая сниженной способностью к контролю над внешним проявлением эмоций, они сохраняют осознание "противоправности" своих поступков.

К защитами, доминирующим на данном уровне, относятся так называемые первичные, незрелые, низшего порядка защиты. К ним относятся: изоляция, отрицание, всемогущественный контроль, примитивная идеализация и обесценивание, проективная и интроективная идентификация, ипохондрия, пассивно-агрессивное поведение. Тем не менее, у этих клиентов, несмотря на диффузию идентичности, остается сохраненной способность ощущать реальность.

У клиентов психотического уровня личностной организации все три выделенные критерия отличаются низким качеством функционирования: идентичность диффузна, Я и объект-репрезентации не дифференцированы, слиты, способность различать себя и другого, внешнюю и внутреннюю реальность, фантазии и реальность отсутствует или сильно снижена. Защитные механизмы примитивны (бредово-галлюцинаторная проекция, шизоидная фантазия, отрицание, искажение, расщепление Эго). Способность к тестированию реальности отсутствует или сильно искажена. При психотической личностной организации утрачивается как способность к пониманию социальных норм, так и к эмпатическому проникновению во внутренний мир другого человека. Это может проявляться в утрате способности к проверке реальностью, а также в искаженном понимании внутренних переживаний другого человека. Первое может выражаться в совершении "неадекватных" поступков при отсутствии понимания их неадекватности, второе — в пренебрежении интересами других, восприятии других скорее как "это", нежели как "вы".

Для уровня нормы психического здорового представления человека о себе будут:

1. Дифференцированными и целостными (первое диалектическое противоречие: «Я разный, я и такой и такой, но все это Я. Я принимаю себя всякого»). У Е.Евтушенко есть стихотворение, в котором, на наш взгляд, очень точно отражается феноменология зрелой идентичности здоровой личности: «Я разный, я натруженный и праздный. Я целе- и нецелесообразный. Я весь несовместимый, неудобный. Застенчивый и наглый, злой и добрый...».

2. Стабильными и гибкими (второе диалектическое противоречие: «Я такой, какой Я есть, я знаю, кто Я и какой Я, но Я могу меняться, избирательно перестраивать себя»).

Схожие представления будут наблюдаться и в отношении Другого человека (обобщенного образа Другого).

Для *невротически организованной личности* будут свойственны неполные, диффузные представления о своем Я. В целом, будет наблюдаться тенденция к полюсным представлениям о качествах Я: «Я хороший, Я плохой и т.д.». Представления о себе у такого человека будут перегружены множеством интроектов. Ввиду неспособности допускать существование в образе Я противоречивых представлений о себе, Я становится ригидным, теряет способность избирательно реагировать на изменения среды, то есть способность к творческой адаптации.

Концепция Я будет характеризоваться диссоциативностью, в силу чего некоторые аспекты о качествах Я будут неосознанны и не интегрированы в целостное представление о Я. Поведение такого человека будет однообразным, стереотипным. Принятие Я будет находиться в прямой зависимости от мнений других людей, значимых для Я. Самооценка, в силу этого, будет неустойчивой, ситуативной. Представления о Другом человеке будут характеризоваться схожими тенденциями. Образ Другого будет неустойчивым, ситуативным, либо, наоборот, очень ригидным. В восприятии Другого будут преобладать проекции. Соответственно и отношения с другими людьми будут строиться стереотипно.

Для личности с *пограничной организацией* также будет свойственна полюсная картина своего Я, как и у невротика. Но в отличие от невротика она будет

характеризоваться большей стабильностью, ригидностью, представления же о своем Я будут более отрывочные, фрагментарные, диссоциированные. Концепция Другого будет не сформирована. Концепция Я и концепция Другого не интегрированы, подвержены расщеплению по биполярному принципу – хороший – плохой, умный – глупый, добрый – злой и др. Таким образом, уровень идентичности и ее структурных компонентов – Я-концепции и концепции Другого – могут выступать как адекватные критерии уровня психической патологии.

Вероятность срыва высшей нервной деятельности, так же как и возникновение отрицательных эмоциональных состояний, во многом зависит от условий, в которых живет и трудится человек, отношения к нему, его деятельности, его проблемам со стороны окружающих, а также от индивидуальных особенностей нервной системы человека, его психофизиологической организации. Неврозом заболевают в основном люди низко адаптивные, слабые, неуверенные в себе. Невроз — это следствие неразрешенного внутреннего конфликта мотивов при недостаточно высокой эффективности механизмов психологической защиты и выраженном пассивно-оборонительном поведении в стрессовых ситуациях.

Неврозы — широко распространенное нарушение, и предполагается, что до 50% больных, обращающихся в поликлинику, в своей основе имеют психосоматические или невротические нарушения. При нарушении информационных и регуляторных процессов в мозгу возникают разнообразные функциональные нарушения в системе органов, связанных с соответствующей частью мозга. Проявляются эти нарушения у разных людей по-разному и прежде всего там, где есть какие-то слабые места (или генетическая предрасположенность, или приобретенные вследствие нарушения здорового образа жизни, или то и другое одновременно). Чаще всего невротические состояния проявляются в резком снижении работоспособности, ухудшении сна, памяти, снижении аппетита, может нарушиться стабильность кровотока и давление крови, появляются головные боли и боли в разных органах. И если поначалу жалобы человека не подтверждаются данными объективных исследований, то при недостаточной или неквалифицированной медицинской помощи могут развиваться органические заболевания: гипертония, инфаркт миокарда, язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, сахарный диабет и т.д.

В результате воздействия информационно-эмоциональных стрессов и недостаточной профилактики нервно-психических нарушений значительная часть людей страдает неврозами. Так, не менее 33% призывников в ряды Вооруженных Сил ежегодно освобождаются от призыва в связи с нервно-психическими расстройствами (в том числе и лица с умственной отсталостью), до 80% учителей страдают разными формами неврозов, а в общем контингенте школьников не более трети свободны от каких-либо психических нарушений. С другой стороны, каждый второй пациент с жалобами на сердечно-сосудистую, пищеварительную и другие системы нуждается в первую и главную очередь в помощи психотерапевта. После получения такой квалифицированной помощи необходимость посещения другого врача-специалиста часто вообще отпадает.

Гармония процессов, протекающих в мозгу, - важнейшее условие психического здоровья, залог успешной физической или умственной деятельности. Только в этом случае можно ставить задачу оптимизации процессов умственного труда без неблагоприятных для здоровья последствий.

Тема 4. Психогигиена и психопрофилактика стресса

- 1. Понятие стресса и представление о нем в различных научных концепциях.**
- 2. Способы преодоления стресса.**
- 3. Эффективность и конструктивность преодоления стресса как психогигиеническая задача.**

1. *Понятие стресса и представление о нем в различных научных концепциях.*

Термин «стресс» (англ.: давление, напряжение) используется в ряде дисциплин для обозначения широкого круга состояний, возникающих в ответ на разнообразные экстремальные воздействия, сложные ситуации. Несмотря на тот факт, что феномен стресса изучается с начала XX века, до настоящего времени не выработано единой концепции стресса, и, соответственно, существуют противоречия, сложности в определениях и понятиях. Выдвигая авторскую концепцию или модель стресса, ученые стремятся дать и собственное определение стресса.

✓ **Биологические теории и модели стресса (общий адаптационный синдром Г. Селье).**

Впервые физиологический стресс описан Гансом Селье как общий адаптационный синдром. Термин «стресс» он начал использовать позднее. Это состояние характеризуется ослаблением, нарушением функций.

"Стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявление ему требования [...] Другими словами, кроме специфического эффекта, все воздействующие на нас агенты вызывают также и неспецифическую потребность осуществить приспособительные функции и тем самым восстановить нормальное состояние. Эти функции независимы от специфического воздействия. Неспецифические требования, предъявляемые воздействием как таковым, — это и есть сущность стресса — Ганс Селье, "Стресс жизни".

Еще в 1920-е годы, во время обучения в Пражском университете, Селье обратил внимание на то, что начало проявления любой инфекции одинаково (температура, слабость, потеря аппетита). В этом в общем-то известном факте он разглядел особое свойство — универсальность, неспецифичность ответа на всякое повреждение. Экспериментами на крысах было показано, что они дают одинаковую реакцию как на отравление, так и на жару или холод. Другими исследователями была обнаружена сходная реакция у людей, получивших обширные ожоги.

При стрессе, наряду с элементами адаптации к сильным раздражителям, имеются элементы напряжения и даже повреждения. Именно универсальность сопровождающей стресс «триады изменений» — уменьшение тимуса, увеличение коры надпочечников и появление кровоизлияний и даже язв в слизистой желудочно-кишечного тракта — позволила Г. Селье высказать гипотезу об общем адаптационном синдроме (ОАС), получившем впоследствии название «стресс». Многолетние исследования Г. Селье и его сотрудников и последователей во всем мире подтверждают, что стресс является неспецифической основой многих заболеваний.

Селье выделил 3 стадии общего адаптационного синдрома:

- реакция тревоги (мобилизация адаптационных возможностей — возможности эти ограничены);- стадия сопротивляемости;- стадия истощения. Для каждой стадии описаны характерные изменения в нервно-эндокринном функционировании.

Изначально Селье рассматривал стресс исключительно как разрушительное, негативное явление, но позже Селье пишет: «Стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявление ему требования. [...] С точки зрения стрессовой реакции не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись. Имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке или в адаптации. — Ганс Селье, "Стресс жизни". Позже Селье ввёл дополнительно понятие «положительный стресс» (Эустресс), а «отрицательный стресс» обозначил как дистресс.

На основе этой теории были предложены такие способы совладания с избыточными проявлениями стресса (тревогой, раздражительностью, соматическими заболеваниями), как релаксация, медитация, и упражнения по контролю над реакциями.

✓ **Физиолого - психологические теории и модели стресса**
Психодинамическая модель, основанная на положениях теории Зигмунда Фрейда.

Создатель психоанализа Зигмунд Фрейд в свое время совершил открытие, которое соединило психологию и медицину. Он доказал, что глубинные подсознательные структуры живут по своим законам и стресс, пережитый однажды, сохраняется в них и со временем может привести к различным заболеваниям, потому что наше физическое тело представляет собой «запоминающую систему». Клетки тканей различных органов несут присущую только им информацию, существует четкая взаимосвязь между характером мышления, частями тела и проблемами физического здоровья, поэтому симптомы болезней – это чисто внешние проявления духовного нездоровья человека.

З. Фрейд писал: «Если мы гоним проблему в дверь, то она в виде симптома лезет в окно». В основе психосоматики лежит механизм психологической защиты, который называется вытеснением, это значит, что мы стараемся не думать о неприятностях, отмахиваться от себя проблемы, не анализировать и не встречать их лицом к лицу. Вытесненные таким образом проблемы переходят с уровня межличностных взаимоотношений (социального) или психологического (нереализованных желаний и стремлений, подавленных эмоций, внутренних конфликтов) на уровень физического тела.

Тело нельзя разделить на независимо функционирующие органы и системы, а их в свою очередь невозможно отделить от чувств и душевных переживаний.

Болеющий человек остается целостным существом, и для разгадки тайны болезни, ее причины, истории и наилучшего способа выздоровления потребуются всестороннее взаимодействие. Крупнейший ученый-анатом Рудольф фон Вирхов определил болезнь как «стесненную в своих проявлениях жизнь».

Теория обучения И. П. Павлова

То, что в результате действия эмоций могут возникать также физиологические изменения функций, является общепризнанным. Однако остаётся открытым вопрос, как происходит этот процесс, который Фрейд определил как «загадочный скачок от психической к соматической инерции». При рассмотрении этого вопроса И.П. Павлов пошел иным путём, используя экспериментальный естественнонаучный метод, который приобрел большое значение в рамках теории обучения.

И.П. Павлов смог экспериментально доказать, что нагрузки и условные рефлексы могут надолго изменить соматические функции, т.е. что физиологические функции могут вызываться условными сигналами. Эти исследования указывали только на корреляцию, а не на причинные связи между нагрузкой и изменениями соматических функций, но тем самым был сделан первый шаг к эмпирической оценке этих связей, которые позже получили широкое развитие в исследованиях стресса

Теория научения играет ведущую роль в интерпретациях и поведенческой терапии определённых видов страхов, фобий, навязчивостей, в лечении заикания, тиков, а также истерических реакций.

Психосоматико - психоаналитическая модель Ф. Александера.

Модель вегетативного невроза Ф. Александера (Александр, 2000) предполагает, что, в случае когда бессознательный конфликт не имеет выхода в соответствующем внешнем проявлении, он приводит к эмоциональному напряжению, сопровождаемому устойчивыми изменениями в вегетативной нервной системе. По мнению Ф. Александера, подобные изменения в вегетативной нервной системе могут повлечь за собой изменения ткани, а возможно, и необратимые поражения органов.

I. Сначала человек пытается справиться с конфликтом только с помощью психических средств на психосоциальном уровне.

II. Если это не удастся, т.е. не «срабатывает первая линия обороны», подключается защита второго эшелона – соматизация, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе.

✓ **Психологические теории и модели стресса**

С именем *Р. Лазаруса* связана разработка когнитивной теории психологического стресса, основу которой составляют положения о роли субъективной познавательной оценки угрозы неблагоприятного воздействия и своей возможности преодоления стресса.

В современной психологической науке и практике закрепилось разграничение понятий «физиологический стресс» и «психологический стресс», введенное им.

Физиологический стресс (исходя из концепции «общего адаптационного синдрома» Г. Селье) – состояние, выраженное у животного и человека на физиологическом уровне под влиянием таких стресс-факторов, как чрезмерная физическая нагрузка, высокая или низкая температура, болевые стимулы, затруднения дыхания и т.п. По Г. Селье, «адаптационный синдром» имеет 3 стадии – тревога, сопротивление, адаптация или истощение.

Психологический стресс – состояние крайне высокого психологического напряжения, которое может оказывать сильное и отрицательное влияние на состояние, поведение, деятельность человека под влиянием различных стресс-факторов (информационной перегрузки, ситуации обиды, угрозы, неопределенности и т.п.).

Когнитивная оценка рассматривается как постоянно изменяющийся набор суждений о значимости потока случаев для индивида. Выделяется первичная оценка, непосредственно связанная со значимостью случаев для благополучия индивида, и вторичная оценка относительно пригодности ресурсов, имеющихся у индивида, и возможностей преодоления. Первичная оценка категоризирует случаи как благоприятные и угрожающие. Угроза обозначает случившиеся и воспринимаемые вред и потерю. Вторичная оценка часто возникает уже на стадии символов известной из прошлого опыта угрозы и тем самым воздействует на первичную оценку. Вторичная оценка может и не осознаваться, однако в любом случае выступает критическим фактором в восприятии преодолимости угрозы, т.е. в генерации стресса. Транзактная модель предусматривает обратную связь - переоценку, где на входе информация фильтруется стабильными характеристиками в виде личностных черт, а на выходе возможно действие защитных механизмов, когда реальная ситуация угрозы переоценивается как неугрожающая или даже желательная. Центральным звеном модели является преодоление, которое в общем виде подразделяется на усилия, ориентированные на действия, и на усилия, ориентированные на интрапсихические процессы с целью управления требованиями среды и личности для минимизации конфликта между ними.

Понятие угрозы является основным в концепции Р. Лазаруса. С его помощью автор описывает установленный в эмпирических исследованиях сложный комплекс явлений, связанных с поведением человека в трудных условиях. Так, по его мнению, угроза порождает защитную деятельность или защитные импульсы, обладающие теми же характеристиками, которые обычно приписываются эмоциональному состоянию. Они направлены на устранение или уменьшение предполагаемых опасных воздействий и выражаются в различном отношении к последним, например, в отрицании, преодолении ситуации или принятии ее. Природа защитных механизмов зависит как от ситуационных (характер стимула, его локализация, временные характеристики и т. д.), так и личностных факторов (интеллектуальные возможности субъекта, мотивация, прошлый опыт, предпочтение тех или иных защитных реакций, убеждения, удерживающие от некоторых решений и т. д.). Р. Лазарус, однако, не раскрывает, каким образом осуществляется эта зависимость, каковы критерии возникновения того или иного защитного механизма. Важной чертой его концепции является требование учитывать индивидуальный, неповторимый характер структуры личности каждого человека, которая обуславливает различия между людьми в отношении процессов оценки угрозы и преодоления стресса.

Из данной теории делается ряд важных заключений. Во-первых, одинаковые внешние события могут являться или не быть стрессовыми для разных людей, – личностные когнитивные оценки внешних событий определяют степень их стрессорного значения для конкретного субъекта. Во-вторых, одни и те же люди могут одно и то же

событие в одном случае воспринимать как стрессорное, а в другом как обычное, нормальное, – такие различия могут быть связаны с изменениями в физиологическом состоянии или в психическом статусе субъекта.

Таким образом, когнитивная теория стресса основана на положениях о ведущей роли в его развитии:

- психического отражения явлений действительности и их субъективной оценке;
- познавательных процессов преобразования информации с учетом значимости, интенсивности, неопределенности событий;
- индивидуальных различий реализации этих процессов и в оценке субъективной опасности, вредности (степени угрозы) стимулов.

По определению Р. Лазаруса, эта теория наиболее четко отражает наличие взаимозависимых (реципрокных) отношений между стрессом и здоровьем.

Когнитивная теория стресса отражает представление о том, что, во-первых, взаимодействие человека и среды в определенных адаптационных условиях постоянно подвергается изменению. Во-вторых, для того, чтобы взаимосвязь между этими переменными была стрессовой, должна быть заинтересованность, высокая мотивация в достижении результатов. Иначе говоря, человек должен представлять, что его взаимодействие (транзакция) с рабочей средой является релевантным к личным целям, имеющим важное значение. В-третьих, психологический стресс возникает только тогда, когда человек оценил, что внешние и внутренние требования вызывают чрезмерное напряжение сил или превосходят его ресурсы.

Поскольку человек обычно стремится изменить то, что является нежелательным или недостижимым, то стресс означает скорее динамический процесс, чем статическое состояние. Психическое состояние изменяется на протяжении времени и в зависимости от разных условий среды. Взаимосвязь между человеком и средой не бывают постоянными в течение определенного времени или от выполнения одной задачи к другой. Этот принцип становится понятным, если в исследованиях используется изучение внутрииндивидуальных связей в дополнение межличностным или нормативным с тем, чтобы наблюдать степень стабильности или изменчивости реакций на протяжении времени и в зависимости от адаптационных условий.

Несмотря на то, что когнитивная теория стресса продолжает развиваться и совершенствоваться, она постоянно подвергается критике. *S. Hobfoll* утверждает, что модель тавтологична, очень сложна и не предусматривает возможных вариантов, отклонений. Чрезмерным, по его мнению, является внимание процессам восприятия и осознания ситуаций, что ограничивает понимание роли потребностей в их избегании и построение стратегий предупреждения стресса, и не отражает значение ресурсов человека в этом процессе. По мнению *S. Hobfoll*, человеческие ресурсы включают предметную сферу (поведенческая активность), ресурсы состояния, личностные характеристики и энергетические показатели. Психологический стресс развивается при реальной или воображаемой потере части ресурса или задержке с восстановлением потраченного ресурса. В этой теории расход ресурса играет центральную роль. Стрессогенным является не само по себе жизненное событие (смена работы, обмен жильем, прекращение знакомства и т. п.), а связанная с этим утрата какой-либо жизненной позиции – потеря статуса, заработка или власти, смена привычных средств труда, утрата самоуважения и т. д.

Согласно *S. Hobfoll*, люди используют различные способы компенсации потерь: это может быть либо прямое их возмещение, либо компенсация, переоценка ситуации и переключение внимания на выигрышные моменты новой ситуации.

В этой теории привлекательной является принципиальная возможность оценить стресс через категорию потери какого-либо ресурса, однако остаются неясными методические подходы к измерению этого показателя.

Анализируя различные психологические исследования можно прийти к выводу, что в настоящее время наметилась тенденция к интегративным системным подходам в области изучения стресса.

2. Способы преодоления стресса.

Адаптация является одним из базисных процессов человеческого организма. В современной психологии особое внимание уделяется социальным аспектам процесса адаптации, то есть приспособлению индивида к условиям социальной среды.

Физиологизированное понятие приспособления уступает свое место понятию преодоления, совладания, копинга (от «соре» - совладать, англ.). Понятие преодоления отражает новый смысл процесса адаптации, заключающийся в непрерывном столкновении личности с жизненными ситуациями. Совладание (копинг) - это применение когнитивных и поведенческих усилий в целях регулирования специфических требований среды, которые оцениваются как превышающие наличные ресурсы личности.

Необходимо произвести разделение между механизмами психологической защиты и копинг-стратегиями для того, чтобы в дальнейшем избежать терминологической путаницы. Механизмы психологических защит также являются способом совладания с травмирующими событиями и переживаниями. Функционирование психологических защит обнаруживается уже на ранних стадиях развития индивида и происходит бессознательно. Их целью является «ограждение» сферы сознания от негативных, травмирующих личность переживаний. Срабатывая автоматически, психологическая защита снижает напряженность, улучшает самочувствие и тем самым приспособливает человека к ситуации, т.к. уменьшает тревогу и страх. Однако для поддержания работы механизмов защиты на оптимальном уровне требуется постоянное расходование энергии. Как считает И.М. Никольская, эти затраты могут быть столь существенными, что в ряде случаев это может привести к появлению специфических невротических симптомов и к нарушениям приспособляемости [25, с. 26-27]. Необходимо учесть, что в раннем детстве, когда формы общения и виды конфликтов со средой ограничены уровнем развития личности, защита вполне справляется со своими функциями. Но во взрослом состоянии, при взаимодействии в расширенном социальном окружении, защиты только по типу автоматизмов бывает явно недостаточно. Поэтому если она не усложняется и не корректируется, то при определенных условиях может привести к дезадаптации личности.

Включение копинг-стратегий в процесс адаптации индивида обусловлено большим количеством факторов. На первом месте среди них находится когнитивное развитие личности, так как оценивание стрессовой ситуации является неотъемлемым звеном процесса совладания. При исследованиях стресса копинг-поведение нередко рассматривается как понятие, близкое по своему содержанию к психологической защите. Действительно, организм реагирует на стрессовое событие либо автоматическими адаптивными ответными реакциями (механизмами защиты), либо адаптивными действиями, целенаправленными и потенциально осознанными (копинг-стратегиями). Вообще копинг-стратегии как самые сложные и высокоорганизованные формы защитного поведения могут выступать и как осознанные целостные варианты бессознательных защит и/или включать их составные элементы.

Для разграничения автоматизмов психологических защит и осознанных стратегий совладания В.А. Ташлыков предлагает следующую схему анализа:

- по критерию инерционности: механизмы психологических защит (МПЗ) не приспособлены к требованиям ситуации и являются ригидными. Техники сознательного самоконтроля являются пластичными и приспособленными к ситуации.
- по оценке непосредственного и отложенного эффекта: МПЗ стремятся к возможно более быстрому уменьшению возникшего напряжения. При использовании сознательного самоконтроля человек может многое вытерпеть.
- по оценке тактического и стратегического эффекта: МПЗ «близоруки», создают возможность только разового снижения напряжения (принцип деятельности – «здесь и сейчас»), тогда как стратегии совладания рассчитаны на перспективу.

- по критерию объективности восприятия ситуации: МПЗ приводят к искажению восприятия деятельности и самого себя. Механизмы самоконтроля связаны с реалистичным восприятием, а также со способностью объективного отношения к самому себе [34, с.76].

Кроме указанных критериев различения, надо отметить принципиальную возможность обучения совладанию – применению осознанных стратегий за счет овладения определенной последовательностью действий, которая может быть описана и воспринята человеком.

Таким образом, мы считаем, что копинг-стратегии являются высшим уровнем развития психологических механизмов защиты. Результаты их работы схожи: и те, и другие позволяют личности эффективнее приспособиться к окружающей среде. Однако если функцией МПЗ является «ограждение» сферы сознания от негативных, травмирующих личность переживаний, то целью копинг-стратегий является сознательная работа по преодолению трудных жизненных ситуаций, включающая как совладание с эмоциями, так и разрешение проблемы. Мы видим здесь три качественно новых момента в эволюции способов совладания со стрессом. Во-первых, копинг-стратегии не просто защищают личность от неприятных переживаний, но перерабатывают их и устраняют. Такой способ совладания является более результативным, так как простое «ограждение» сознания от травмирующих переживаний может привести к их «капсулированию», следствием которого является возникновение различных нарушений адаптации. Во-вторых, работа копинг-стратегий производится в сфере сознания, что позволяет найти эффективные способы совладания с каждой конкретной ситуацией. В-третьих, стратегии совладания не только способствуют переработке эмоциональных проявлений, но содействуют разрешению самой проблемы или стрессового события, являющегося их источником.

В.А.Ташлыков выстраивает классификацию копинг-стратегий, исходя из представлений о трехкомпонентной структуре личности, включающей когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферы.

В *когнитивной сфере* личности выделяются следующие стратегии:

- отвлечение или переключение мыслей на другие, «более важные» темы размышлений;
- принятие проблемы как чего-то неизбежного;
- игнорирование проблемы, подшучивание над ней;
- анализ проблемы и ее последствий, поиск соответствующей информации, распрос авторитетных людей;
- относительность в оценке проблемы, сравнение себя с другими людьми, находящимися в худшем положении;
- религиозность;
- придание значения и смысла проблеме, например, отношение к ней как к вызову судьбы;
- самоуважение – более глубокое осознание собственной ценности как личности.

Механизмы совладания, связанные с *эмоциональной сферой* личности, проявляются в виде:

- переживания протеста, противостояния проблеме и ее последствиям;
- изоляции – подавления, недопущения чувств, адекватных ситуации;
- оптимизма – уверенности в преодолении трудной ситуации;
- пассивного сотрудничества – доверия с передачей ответственности за проблему авторитетному лицу;
- самообвинение, возложения вины на себя;
- переживания злости, раздражения;
- сохранения самообладания, равновесия, самоконтроля.

С *поведенческой сферой* личности связаны следующие способы копинг-поведения:

- отвлечение – обращение к какой-либо деятельности, уход в работу;
- альтруизм – забота о других, собственные потребности отодвигаются на второй план;

- активное избегание – стремление избежать «погружения» в процесс разрешения проблемы;
- компенсация – отвлекающее удовлетворение каких-то собственных желаний, не связанных напрямую с проблемной ситуацией;
- конструктивная активность – удовлетворение какой-то давней потребности;
- уединение – побыть в покое, поразмышлять о себе;
- активное сотрудничество;
- поиск поддержки – стремление быть выслушанным, получить понимание и содействие [34, с.11-12].

Н.А.Сирота и В.М.Ялтонский, классифицируя копинг-стратегии, сосредотачиваются на критерии активности/пассивности. К *активным* относятся стратегии, направленные на действительное изменение реальной ситуации («разрешение проблемы», «поиск социальной поддержки»), на сознательный контроль происходящих событий, на устранение, видоизменение или ослабление источника стресса. К *пассивным* относятся дисфункциональные стратегии («избегание»), направленные на уклонение от проблемы, ее игнорирование. Данными авторами были разработаны три теоретические модели копинг-поведения в подростковом возрасте: модель активного адаптивного функционального копинг-поведения, модель псевдоадаптивного дисфункционального копинг-поведения и модель пассивного, дисфункционального, дезадаптивного копинг-поведения. Данные модели строятся на основе следующих компонентов: преобладающие стратегии, степень развития когнитивно-оценочных механизмов, доминирующая мотивация, наличие копинг-ресурсов [31, с.63-75].

С.К.Нартова-Бочавер, анализируя классификации американских авторов, оценивает их как неудовлетворительные по разным параметрам и выдвигает следующие основания системной классификации:

- 1.Ориентированность совладания (на проблему или на себя).
- 2.Область психического, в которой разворачивается преодоление (внешняя деятельность, представления или чувства).
- 3.Эффективность (приносит желаемый результат или нет).
- 4.Временная протяженность полученного эффекта (разрешается ситуация радикально или требует возврата к ней).
- 5.Ситуации, провоцирующие копинг-поведение (кризисные или повседневные)

Итак, целью копинг-стратегий является сознательная работа по преодолению трудных жизненных ситуаций, включающая как совладание с эмоциями, так и разрешение проблемы. В этом заключается их качественное отличие от механизмов психологической защиты, чья задача сводится к бессознательному подавлению травмирующих импульсов. Копинг-стратегии классифицируются как по сфере (когнитивной, эмоциональной или поведенческой) личности, где они преимущественно функционируют, так и по цели, к которой стремится личность в совладании со стрессом (эмоционально- и проблемно-ориентированное совладание). Предполагается, что эмоционально-ориентированное совладание эффективно в ситуациях, которые личность разрешить не в состоянии, а проблемно-ориентированное совладание используется, когда ситуация является контролируемой.

3. Эффективность и конструктивность преодоления стресса как психогигиеническая задача.

Большое значение для психопрофилактики имеет исследование эффективности и конструктивности копинг-стратегий.

На сегодняшний день проблематика копинг-стратегий активно исследуется в самых разных сферах и на примере самых разных типов деятельности. Серьезное внимание уделяется изучению связи копинг-стратегий, которые применяет индивид, с его эмоциональным состоянием, успешностью в социальной сфере и т. д. При этом копинг-

стратегии оцениваются с точки зрения их эффективности / неэффективности, а за критерий эффективности принимается понижение чувства уязвимости к стрессам [Нартова-Бочавер, 1997].

Так, например, получены данные, что копинговые реакции, фокусированные на проблеме (например, попытка изменить что-то в стрессовых взаимоотношениях с другим человеком или между другими людьми в своем социальном окружении) связаны с более низкими уровнями отрицательных эмоций в стрессовых ситуациях, которые воспринимаются как контролируемые [Compas, 1998]. Кроме того, применение проблемно-фокусированных копинг-стратегий отрицательно связано с проблемами в поведении [Ayers, Sandier, West & Roosa, 1996, цит. по Losoya, 1998] и социальными проблемами [Compas, Malcarne & Fondacoro, 1988, цит. по: Losoya, 1998]. При этом показано, что дети, меньше применяющие проблемно-фокусированные копинг-стратегии, переживают больше проблем в адаптации [Compas et al, 1988, цит. по: Losoya]. Напротив, частое использование эмоционально-фокусированного копинга связано с более серьезными проблемами в поведении, а также с большим количеством симптомов тревожности и депрессии [Compas, Ey, Worsham, Howell, 1996; Compas et al., 1988; цит. по Losoya, 1998].

Такие стратегии, как поиск социальной поддержки, агрессивный копинг (например, вербальная/физическая агрессия для того, чтобы решить проблему или выразить чувства), отрицание также, похоже, связаны с компетентностью и способностью к адаптации. [Losoya, 1998]. В пользу эффективности стратегии «поиск социальной поддержки» свидетельствуют и данные, полученные в других исследованиях [Parsons et al, 1996]. Здесь было показано, что школьники (мужского пола), получавшие более высокие баллы по шкале успеваемости, активнее использовали данную копинг-стратегию. [в Frydenberg, Lewis, 2002].

Положительной оценки также заслуживает такая стратегия, как активное решение проблем. Так, было показано, что подростки, способные к активному решению проблем, демонстрируют большую легкость в адаптации [Ebata, Moos, 1991, цит. по: Frydenberg, Lewis, 2002].

Экспериментальные исследования предоставляют различные данные относительно того, как оценивать такую стратегию, как избегающий копинг (избегание стрессовых мыслей или ситуаций на поведенческом и когнитивном уровне). С одной стороны, он связывается с более высоким уровнем депрессии [Herman-Stahl et al., 1995, цит. по Losoya, 1998; Seiffge-Krenke, 1998], тревоги [Lewis & Klierer, 1996, цит. по Losoya, 1998], сложностями адаптации в школе [Causey & Dubow, 1993, цит. по Losoya, 1998]. Напротив, другие исследователи демонстрируют, что дети со стратегией избегания демонстрируют меньше проблем с поведением в школе [Klierer, 1991; Eisenberg et al., 1993, цит. по Losoya, 1998] и, по отзывам учителей, обладают большей социальной компетентностью [Klierer & Sandier, 1993, цит. по Losoya, 1998]. Возможно, что избегающий копинг положительно связан с социальной успешностью в том случае, когда стрессовая ситуация является неконтролируемой и когда избегание помогает предотвратить разрастание негативной ситуации. Кроме того, исследователи предполагают, что избегающий копинг может быть полезен в ситуациях непродолжительного стресса, но в случае длительных стрессовых ситуаций избегание расценивается как неадаптивная реакция [Green & Ross, 1996, цит. по: Frydenberg, 2002].

Неоднозначно оценивается и такая копинг-стратегия, как «позитивная переоценка ситуации» [Carpenter, 1992; Wethington, Kessler, 1991, цит. по Муздыбаев, 1998]. С одной стороны, придание проблеме позитивного значения уменьшает стресс и служит эмоциональному приспособлению к нему; с другой стороны, изменение отношения отвлекает от решения конкретных практических проблем. Тем не менее, представляется,

что стратегия позитивной переоценки может быть эффективна в ситуации, когда субъект не может контролировать результат.

Стратегии, направленные на решение проблем, в общем, являются более эффективными, чем стратегии, назначение которых — совладание с отношением индивида к проблеме. Но, как бы то ни было, исследования также свидетельствуют, что применение сразу нескольких способов совладания более эффективно, чем выбор только одного конкретного способа реагирования на ситуацию [Carpenter, 1992, Wethington, Kessler, 1991, цит. по Муздыбаеву, 1998]. Как уже было сказано, эффективность копинг-стратегий зависит как от самой реакции, так и от контекста, в котором эта реакция осуществляется. Копинг-стратегии, неэффективные в одних ситуациях, могут оказаться вполне эффективными в других; например, стратегии, неэффективные в ситуации, которая неподконтрольна субъекту, могут быть эффективны в ситуациях, которые субъект способен контролировать и изменять в желаемую сторону.

По мнению Е.В.Алексеевой, при использовании неконструктивных стратегий происходит лишь кратковременное самоуспокоение и частичный выход энергии, создающие иллюзию относительного благополучия. Причина, вызвавшая проблему, искусственно отодвигается на второй план, давая знать о себе неопределенной тревогой и чувством дискомфорта. Конкретно это проявляется в виде неуверенности в себе и своих решениях, ожидании неприятностей, мнительности, недоверчивости и т.п., что является разрушительным для личности. Конструктивный подход означает кардинальное облегчение ситуации, активное ее преобразование и изменение себя в ней, направленное на преодоление травмирующих обстоятельств, актуальных сейчас, и усиление себя потенциального, уверенного в своих силах, способного противостоять трудностям, субъекта собственной жизни. Человек учится осознавать собственную тревогу как сигнал о личностно значимых процессах, сосредотачиваться на анализе ситуации и собственных поступков, не рассматривать ошибки как катастрофу, а видеть в них стимул для дальнейшего поиска и совершенствования.

Конструктивные стратегии решения проблем включают в себя:

- достижение цели своими силами («не отступаю, добиваюсь того, чего хочу»);
- обращение за помощью к другим людям, включенным в данную ситуацию или обладающим опытом разрешения подобных проблем («обращаюсь к родителям», «советуюсь с подругой», «решаем вместе с тем, кого это касается»);
- тщательное обдумывание проблемы и различных путей ее развития или решения (поразмышлять, поговорить с собой, вести себя обдуманно);
- изменение своего отношения к проблемной ситуации (относиться ко всему с юмором);
- изменения в себе самом, в системе собственных установок и привычных стереотипов («нужно искать причины в себе», «пытаюсь измениться сама»).

К неконструктивным стратегиям относятся:

- различные способы психологической защиты – вплоть до вытеснения проблемы из сознания – не предполагающие повторного возвращения для ее разрешения («не обращать внимания», «смотреть на все поверхностно», «уйти в себя», «стараясь избегать проблем», «я и не пытался ничего предпринимать»);
- импульсивное поведение, эмоциональные срывы, экстравагантные поступки, необъяснимые объективными причинами («на всех обижаюсь», «могу закатить истерику», «хлопаю дверьми», «целый день слоняюсь по улицам»);
- агрессивные реакции [24, с.123].

Преодоление рассматривается многими авторами оценочно как «удачное» и «неудачное». «Неудачные» процессы совладания представлены, по мнению исследователей (Т.Кребер, 1963; Т.М.Мишина, 1972; Г.Кискер, 1972; Н.Хаан, 1977; И.Ольбрих, 1984) защитными механизмами, которые являются ригидными, автоматическими, вынужденными, произвольными и неосознаваемыми. Они не учитывают целостную ситуацию и не дают возможность выстраивать соответствующую

перспективу. Результатом может являться дезинтеграция поведения, самообман, пассивно оборонительная позиция, ведущая к неврозу и психосоматическим заболеваниям. «Удачное» преодоление описывается как повышающее адаптивные возможности субъекта, как реалистическое, гибкое, большей частью сознаваемое, произвольное и активное поведение (Э. Эриксон, 1959; Г.Каплан, 1967; А.А.Ухтомский, 1973; К.Роджерс, 1994) [5, с.40-45].

Таким образом, конструктивные стратегии основываются на предыдущем опыте эффективного разрешения трудных жизненных ситуаций. Они способствуют личностному росту и повышению успешности дальнейшего процесса преодоления проблем. «Конструктивный» – это «такой, который можно положить в основу чего-нибудь, плодотворный» [26, с.28]. Конструктивные стратегии по сути своей «личностны», в то время как неконструктивные стратегии являются в большей мере «ситуативными». Ситуативность неконструктивных стратегий означает их сиюминутность, стремление к немедленному «здесь и сейчас» разрешению ситуации, отсутствие стратегии в преодолении трудностей. «Ситуации риска» (по Р.Прайсу) и неконструктивные стратегии идут в паре, причем их использование обуславливает возникновение все новых проблемных ситуаций. Личность, постоянно находящаяся в условиях «ситуаций риска», которые детерминируют ее окружение и восприятие ею событий, демонстрирует эффект «вторичной адаптации». Таким образом, неконструктивные стратегии представляют собой отказ от кардинального разрешения ситуации, замещение активных действий пассивным ожиданием и уходом от травмирующих обстоятельств, преодоление отрицательных эмоциональных переживаний зачастую социально неприемлемыми способами.

Тема 5. Профилактика нарушений психического здоровья

- 1. Актуальность профилактики нарушений психического здоровья.**
- 2. Эмоциональные факторы психического здоровья.**
- 3. Психоэмоциональная саморегуляция.**
- 4. Составляющие здорового образа жизни и психологическая самопомощь.**

Литература:

ВОЗ. Охрана психического здоровья. Проблемы и пути решения. Копенгаген, 2006.

1. Актуальность профилактики нарушений психического здоровья.

Отсутствие психического благополучия – это угроза для общественного здоровья и качества жизни людей. Прямые и косвенные последствия психических расстройств связаны с огромным бременем, как с точки зрения здоровья, так и социальных последствий, включая дискриминацию и маргинализацию, уменьшенную социальную сплоченность и негативные экономические эффекты.

Лечение психических расстройств может быть эффективным, но это происходит только после того, как болезнь уже развилась, и пациенты и их семьи перенесли значительные страдания. Психическое благополучие не может быть обеспечено только за счет лечения. В двух недавно изданных публикациях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) представлены фактические данные о том, что укрепление здоровья и профилактика психических расстройств могут быть эффективными способами получения социально-экономических выгод и улучшения здоровья.

Общественная политика по охране психического здоровья должна охватывать не только лечебно-реабилитационные меры, но и работу по укреплению психического здоровья и профилактике психических расстройств. Это позволит улучшить здоровье людей, а также увеличить индивидуальный и социальный капитал общества. К сожалению, до сегодняшнего дня мало что делается для внедрения в практику основанных на фактических данных подходах в области профилактики и укрепления здоровья в масштабах Европейского региона.

В настоящее время имеются фактические данные, свидетельствующие о том, что в случае надлежащего осуществления вмешательств и подходов, направленных на укрепление психического здоровья и профилактику психических расстройств, они являются эффективными и позволяют добиться целого ряда положительных результатов как в социально-экономическом плане, так и в плане здоровья.

Такие подходы включают меры, направленные на грудных детей, детей в возрасте до 6 лет и детей школьного возраста, а также на решение таких проблем, как жестокое и пренебрежительное обращение с детьми; расстройства поведения; насилие и агрессивность; применение вызывающих зависимость веществ на любых этапах жизни; плохая поддержка со стороны родителей; стресс, тревога и депрессия. Так, например, плохая поддержка со стороны родителей, жестокое обращение с детьми и психические болезни родителей грудных детей и детей раннего возраста могут привести к развитию депрессии и тревоги у этих детей на более поздних этапах жизни, а также в будущих поколениях, в то время как прочные узы между родителями и детьми и социальная поддержка со стороны семьи могут уменьшить такие риски. Эффективная поддержка и просвещение родителей, начиная с периода беременности, позволили повысить резистентность детей к болезням, улучшить их успехи в учебе и их психическое благополучие, а также добиться уменьшения рисков развития беспокойства и депрессии на последующих этапах жизни.

Стратегические инициативы как в рамках отрасли здравоохранения, так и за ее пределами, включая стратегии в отношении транспорта, образования, городского планирования, медицинского обслуживания, питания и трудоустройства, также могут значительно улучшить психическое здоровье любого сообщества. Так, например, объем и качество выполняемого труда оказывают выраженное влияние на относящиеся к психическому здоровью факторы, включая доходы, социальные сети и чувство самоуважения. Неуверенность в сохранении работы, безработица и малоквалифицированная работа ставят под угрозу психическое здоровье и способствуют развитию тревоги и беспокойства. Обучение групп населения, подвергающихся особому риску, том числе в целях улучшения их способности находить работу, может им помочь вновь начать трудовую деятельность и улучшить качество работы и оплату за нее, облегчить поиск нового места работы и уменьшить риск развития депрессии и психического напряжения. Государственное управление экономикой с целью уменьшения колебаний производственного цикла, а также осуществляемые на предприятиях стратегии, такие как разделение служебных обязанностей, сокращение рабочего дня и обеспечение трудоустройства в период экономических проблем, уменьшают риск потери работы, безработицы и их негативного влияния на психическое здоровье.

2. Эмоциональные факторы психического здоровья.

Психика современного человека испытывает мощные негативные воздействия социального, природного, бытового и многих других характеров, что требует специальных мер для охраны и укрепления психического здоровья. Психическое здоровье - важная составная часть здоровья человека. Уровень психических возможностей, с одной стороны, связан с наследственными факторами - с особенностями нервной системы человека. Так, одни люди по своей природе очень возбудимы и поэтому сильно подвержены нервным срывам, а другие, наоборот, мало волнуются и быстро выходят из негативного психического состояния. С другой стороны, психические возможности зависят от умения человека управлять своими состояниями и поведением, несмотря на различные отрицательные воздействия.

Способность управлять своей психикой является ведущим показателем психического здоровья. Для того, чтобы быть психически здоровым человеком, в первую очередь необходимо научиться поддерживать эмоциональное благополучие своего организма, т.е. научится управлять своими эмоциями.

Эмоции представляют собой отражение наших психических функций, а эмоциональное состояние влияет на психические функции. Таким образом, во многих случаях можно с полным правом говорить о психическом или эмоциональном здоровье как синонимах. Эмоции играют очень большую роль в формировании личности, можно сказать даже ведущую роль, т.к. возникают в зависимости от уровня (значимости) потребностей индивида и вероятности их удовлетворения.

Для оптимального развития личности необходим соответствующий баланс положительных и отрицательных эмоций. Воспитание, проходящее исключительно на положительных эмоциях, которое построено на стратегии: "дать ребенку все, что он хочет", может привести к формированию безынициативной, слабой личности со склонностью к истерии. Так же неприемлемо воспитание на отрицательных эмоциях, предполагающее бесконечные "запреты", ибо оно формирует "злую", агрессивную личность, с комплексами недоверия к взрослым, а затем - и всему социальному окружению. В каждом возрасте, особенно в юношеский период, должны быть посильные трудности в удовлетворении потребностей, которые вызывают мотивации, побуждающие к действию и формирующие адекватное активное поведение. Это будет способствовать становлению психически здоровой личности.

Показателями достижения психического здоровья является эмоциональное благополучие человека. Признаками эмоционального благополучия человека являются: положительная самооценка и уважение к себе; соответствие психосоциального развития полу и возрасту.

Эмоционально благополучный человек имеет разумную степень независимости и способен самостоятельно принимать решения, планировать свою жизнь и следовать собственным планам. И при этом у него должно быть развито чувство "хозяина" жизни. Он сам в значительной мере управляет своей жизнью.

Признаком эмоционального благополучия является способность заботиться о других людях. Мы от природы существа общественные, более того, по мнению генетиков, мы "запрограммированы" на то, чтобы заботиться друг о друге, но в первую очередь в нас заложена потребность заботиться о самих себе.

Эмоционально здоровые люди любят других людей, верят им и ждут такого же отношения к себе. Все это придает им чувство уверенности в себе и позволяет сознавать себя частью общества. Прежде чем человек научится любить других, он должен научиться уважать и любить себя. Искусство любить и быть любимым - важный показатель и необходимое условие эмоционального благополучия.

Способность эффективно трудиться завершает перечень признаков эмоционального благополучия лишь потому, что она является интегральным показателем психического здоровья.

Люди не рождаются эмоционально благополучными. Они идут к этому состоянию, преодолевая жизненные трудности. Некоторые ученые связывают развитие индивидуальности с юношеским периодом, но на самом деле совершенствование личности продолжается всю жизнь.

3. Психоэмоциональная саморегуляция.

Существуют естественные способы регуляции организма: длительный сон, вкусная еда, общение с природой и животными, баня, массаж, движение, танцы, музыка, спорт, секс и многое другое. К сожалению, подобные средства нельзя как правило использовать на работе, непосредственно в тот момент, когда возникла напряженная ситуация или накопилось утомление.

В таких ситуациях крайне необходимым является владение способами саморегуляции. **Саморегуляция** – это управление своим психоэмоциональным состоянием, достигаемое путем воздействия на самого себя с помощью слов, мысленных образов, управления мышечным тонусом и дыханием. Саморегуляция может

осуществляться с помощью четырёх этих основных средств, используемых по отдельности или в различных сочетаниях. В результате саморегуляции возникает три основных эффекта: эффект успокоения, эффект восстановления, эффект активизации. Своевременная саморегуляция выступает своеобразным психогигиеническим средством, предотвращающим накопление остаточных явлений перенапряжения. Ее регулярное применение способствует полноте восстановления сил, нормализует фон деятельности, а также усиливает мобилизацию ресурсов организма.

Саморегуляция мыслительных процессов (методика обучения саногенному мышлению)

Основным методическим приемом психической саморегуляции для лиц, которые хотят оптимизировать свое эмоциональное (шире говоря - психическое) состояние является обучение саногенному мышлению. Автор этой методики зав. кафедрой педагогики и психологии Московской медицинской академии имени И.М.Сеченова профессор Ю.М.Орлов.

Метафорически он различает "человека привычки", "человека воли". Под "человеком привычки" понимаются лица, не владеющие саморегуляцией, не склонные к саморефлексии, к волевому самоконтролю. Это почти механический человек, который подчиняется первому желанию, у него сознательные и бессознательные процессы почти срастаются, а поведение по терминологии психологов может быть названо "полевым", ибо он механически реагирует на различное поле стимулов. Самовоспитание может облагородить "человека привычки", ослабить импульсивное поведение, усиливая самоконтроль и актуализацию воли и сознания на решение жизненных задач, на профессиональное самовоспитание. "Человек воли" не дает воли своим привычкам, если они идут вразрез с требованиями жизни и профессиональными задачами. Но иногда, карикатурно заостряясь, волевое поведение превращается в упрямство или излишнее насилие над собой. Обучение саногенному мышлению преследует психо-гигиенические цели управления собой с сохранением и укреплением нервно-психического здоровья. Оно способствует выработке гармоничного поведения и умения управлять собой, используя элементы саморефлексии, "отчуждения" так, чтобы в поведении реализовалась разумная воля, главными признаками которой является знание и умение мыслить саногенно, т.е. здраво и так, как необходимо для реализации поставленной цели. Обучение саногенному мышлению предполагает культуру мышления, способность управлять своим умственным миром. Саногенное самопознание включает в себя не только управление своей волей, но и умение направлять ее на достижение мотивов собственного поведения, на совершенствование своего нравственного облика. С этих позиций безнравственным является импульсивное поведение учителя, кричащего на учеников, не сопереживающего им, не видящего в них положительных качеств, не умеющего создать благоприятный эмоциональный фон учебной деятельности. Саногенное самопознание предполагает и сознание своих эмоциональных барьеров, мешающих морально-волевой тренировке. Саморефлексия, направленная на анализ своих потребностей и желаний, критическое осмысление конфликтных ситуаций и эмоциональных барьеров, мешающих принятию волевого решения, помогает самовоспитанию и формированию саногенного мышления.

Вот как профессор Ю.М.Орлов описывает черты патогенного мышления:

1) полная свобода воображения от контроля, мечтательность, отрыв от реальности. Например, обдумывая обиду, человек невольно начинает предвосхищать наказание обидчиков, разрабатывая планы мести;

2) поскольку каждый акт такого воображения сочетается с отрицательными переживаниями, то образы приобретают большую энергию чувств и способствуют накоплению отрицательного опыта и фиксируются в последующем в чертах характера, например, обиженный становится обидчиком, ревнивый превращается в параноика и т.д.:

3) патогенное мышление исключает рефлексию, т.е. способность рассмотреть себя и свое состояние со стороны. В нем присутствует полная "включенность" в ситуацию, обрастающую комплексами отрицательных образов;

4) для патогенного мышления характерна тенденция лелеять в себе и сохранять эти отрицательные образования: обиду, ревность и др. Нет стремления отделаться от них, наблюдается неприятие принципов психогигиены и психической саморегуляции.

В то же время саногенное мышление, наоборот, способствует оздоровлению психики, снятию внутренней напряженности, устранению застарелых обид, "комплексов" и т.п. Оно "угашает" отрицательные заряды", включение в воспоминания и ситуации человеческого страдания. Оно освобождает образы от этого заряда и тем самым снижает нервно-психические новообразования. Черты саногенного мышления:

1) рефлексия и интроспекция, отделяющие Я от ситуаций и образов, насыщенных отрицательным эмоциональным содержанием, субъект отделяет себя от собственных переживаний и наблюдает их подобно наблюдению в эстетике "театра отчуждения" по Б.Брехту;

2) "проигрывание" ситуаций стресса осуществляется на фоне релаксации, что создает угасающий эффект негативным эмоциям;

3) саногенное мышление основано на конкретном представлении в сознании "строения" тех психических состояний, которые контролируются, здесь возрастает необходимость психологического консультирования учащихся;

4) овладение саногенным мышлением предполагает обучение навыкам погружения самого себя в состояние умиротворенности и расслабления. Подобная аутогенная релаксация потенцирует успех самовоспитания, раздельное применение аутотренинга менее эффективно;

5) процесс интроспекции невозможен без сосредоточения, поэтому обучение мышлению обеспечивает и концентрацию внимания, необходимый элемент педагогической профессии. Основание мотивов своего поведения способствует образованию "мотивационного синдрома потребностей", т.е. возникновению множества мотивов, которые черпают свою энергию из удовлетворения данной потребности и даже из предвосхищения ее. Саногенное мышление закрепляется, когда моделируемое в сознании человека идеальное межличностное поведение, обрастает мотивами ради которых он это делает (альтруистические, творческие, мотивы достижения успеха ит.п.).

Методика обучения саногенному мышлению начинается с организации самосознания. Обращение к дневнику регулирует эмоциональные переживания, фиксирует события для более глубокого осознания, документирует поступки и самохарактеристики, явно объективирует самозащитное поведение, психические реакции, их причины.

Затем следует анализ своего отношения к ведущей деятельности, составляющей главное содержание жизни, индивидуальный стиль деятельности; отношения к близким, к членам студенческого коллектива и отдельным учащимся, к институту и другим источникам. Информацией для размышления являются знания того, что думают другие люди, включенные в указанные отношения, использование для самопознания художественных произведений литературы, кино, радио, театра, телевидения и других средств массовых коммуникаций. Работа по самовоспитанию полезна в контексте целей саморегуляции, избавления от вредных привычек (курения, бытового пьянства) и иных нервно-психических расстройств, для тренировки работоспособности, развития способностей и реализации их в свободном творческом труде.

Итак, методика обучения саногенному мышлению такова:

1) надо ясно представить себе положительное переживание, например, от учебы или творчества, и воспроизвести его образ в сознании (рабочий стол, учебники);

2) в воображении как можно 'яснее и четче следует представить результаты сделанного и ожидаемую цель "не включаясь" в отрицательные свойства предмета или события;

3) специально сосредоточить свою мысль на том, что результат интересен сам по себе, безотносительно к его оценке окружающими - творческий труд ради самого процесса труда;

4) нужно сказать себе, что награждаете себя именно за то, что выполнили заданное точно таким образом, как замыслили.

Способность к сосредоточению - условие психического самоконтроля. Чтобы вызывать в сознании образы, необходимые для успешной деятельности, например, образы удовлетворенности результатом деятельности, или воспроизвести в памяти те ситуации прошлого, в которых подобная деятельность успешно реализована, нужно сосредоточение, чтобы потом они заменились приятными состояниями, сопровождающими данную деятельность.

Для успеха самовоспитания полезно регистрировать свои результаты или отражать их в своих дневниках и записках.

Нецелесообразно злоупотреблять самоприказами. В некоторых случаях возникает различного рода искушение, мешающее человеку выполнить действия, предусмотренные его программой воспитания, тогда следует приказать самому себе сделать во что бы то ни стало запланированный фрагмент работы или намеченную физзарядку. Но так как любой приказ есть насилие над самим собой, то постоянно пользующийся самоприказами, вырабатывает в себе не какие-то новые черты, а только одну способность: эффективного насилия над самим собой. Задача самовоспитания состоит в том, чтобы соединить желаемое с нужным и полезным. Поэтому самоприказы - метод, который должен применяться ограниченно.

Из анализа записей в 8 дневниках виден также уровень притязаний и уровень планируемой трудности. Надо помнить также, что завышенные притязания и планирование высокого уровня трудностей может привести к нервному срыву, ибо этот механизм лежит в основе неврастенического конфликта. (Б-Д.Карвасарский) Поэтому само обязательство должно быть посильным и выполнимым на уровне оптимального напряжения трудности.

Необходимо также подведение итогов самовоспитания, ибо положительное эмоциональное самоподкрепление стимулирует самосовершенствование, лежащее в основе потребности человека в самореализации.

Следует отметить и влияние акцентуированных черт характера на процесс самовоспитания. Так, известно, что истерическому типу личности свойственны черты эгоизма, претенциозности, переоценки своей личности. Эти заострения характера и должны стать "мишенью" для самовоспитательной работы у гипертимных акцентуантов вследствие их избыточной общительности, коммуникативной расточительности страдает процесс сосредоточения, циклоидные и лабильные акцентуанты в периоды спада настроения должны чаще применять формулу самоободрения и воспоминания хороших сторон жизни и профессиональной деятельности. Эпилептоидные и эксплозивные заострения требуют для профилактики своей аффективной взрывчатости тренировки в самоконтроле. Шизоидным - и сензитивным личностям целесообразно нацеливать работу по самовоспитанию на развитие качеств общительности и доверчивости. Следует предостеречь, что склонность к самоанализу и самокопанию при психастенической акцентуации не способствует успеху самовоспитания, если оно не сочетается с работой по тренировке воображения и выработке положительно окрашенных эмоций с чувством удовлетворения сделанным.

В случае психопатизации и невротического развития личности (фобического, ипохондрического) полезны, наряду с консультацией психоневролога, аутодидактическая групповая работа по методике социально-психологического тренинга).

УПРАВЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ НА ФИЗИЧЕСКУЮ СФЕРУ (владение мышцами лица, ритмические движения, дыхательная гимнастика)

Эмоциональная устойчивость тесно связана с мышечной системой, динамическим анализатором мозга. Не случайно корень слова "эмоция" - означает движение. Однако, "мышечная радость" (термин И.П.Павлова) и движение тогда оказывают большое регулирующее воздействие, если опосредуются и потенцируются (усиливаются) словесными, мысленными и образными формулировками. Такой комплекс тренировки называется психофизической гимнастикой.

Прежде чем приступить к занятиям, надо научиться дышать полным (гармоническим) дыханием: вдох проводится одновременно с диафрагмой (животом) и грудью, выдох - опуская и постепенно втягивая живот. Чем больше потребность организма в кислороде, тем активнее должен быть выдох. Выдыхать надо стремиться через нос, бесшумно, плавно. Чередование дыхания с ритмическими движениями рук, бегом на месте и другими упражнениями, сопровождается самовнушением: "тренировка укрепляет нервную систему, награждает меня радостью и оптимизмом" и т.п. Вызыванию чувства радости помогает и "лицевая психогимнастика" - т.е. представления на лице выражения безмятежной радости, спокойствия, уверенности в себе. Полезно утром тренироваться перед зеркалом в умении снимать напряжение с лицевой мускулатуры, помня метафору: "если у вас опущены углы рта, то плачет ваш мозг и ваши внутренние органы". Выработка приветливого выражения на лице, навык лицевой релаксации создает радостное мироощущение как у самого тренирующегося, так и у окружающих. Прямые и обратные связи замыкаются в коре головного мозга, через которую и осуществляется психорегулирующая тренировка и самовоспитание.

Таким образом для регуляции психического состояния возможно применение самых разнообразных приемов самоуправления с использованием воздействий как на мыслительную и образную сферы, (идеомоторная, ментальная психотерапия и имаготренинг), так и с опорой на физические и дыхательные упражнения.

ПОНЯТИЕ О МЕДИТАЦИИ

Исторически сложилось так, что в противоположность активному отношению к внешнему миру веками существует иная тенденция, культивируемая на Востоке (йога, индуизм, таоизм, дзен-буддизм), которая требует обращаться больше к "внутреннему" миру, пассивно-наблюдательному отношению к действительности. Медитация и является классическим способом развития спокойного сосредоточения, являющегося в конечном счете средством восстановления и координации психических и физических функций, создания ясности мышления, снятия умственно-эмоционального напряжения и т.п.

Медитацию иногда отождествляют с аутогенной тренировкой. Последняя есть более поздний вариант медитации, отличающийся большей активностью, волевой напряженностью процедуры. Например, одним из этапов овладения аутотренингом обязательно является этап "произвольного включения" с насильным возвращением в основной поток сосредоточения. Если в аутогенной тренировке требуется усилие воли для борьбы с неустойчивой модуляцией мыслей и ощущений, то в медитации, как свидетельствует индийский ученый Чоудхури, "радикальный подход начинается с решения ни о чем не думать, не делать никаких усилий; надо полностью расслабиться и позволить уму и телу выйти из все время меняющегося потока мыслей и ощущений, наблюдать даже натиск этого потока. Метафорически можно сказать: наблюдайте полет

своих мыслей, ощущений и желаний по умственному небосводу, как стаю птиц. Пусть они летят свободно, вы только наблюдайте. Не позволяйте птицам унести вас в небо".

Последним моментом психологические приемы сосредоточения (например, трансцендентальная медитация) существенно отличаются от мистических состояний транса или сатори.

Не случаен выбор позы сосредоточения в медитации. Как правило, это поза в положении сидя со скрещенными ногами, ибо расслабление должно быть не такое, как в лежачем положении с элементами дремоты, теплоты и тяжести в теле, но сбалансированное с чувством легкости и боевой готовности. Вот почему, несмотря на внешнюю пассивность медитация нередко используется спортсменами, наряду, конечно, с активными вариантами аутогенной психорегулирующей и психомышечной тренировки. Впрочем, можно проводить медитацию сидя на обычном легком стуле. Не надо стремиться к какому-то определенному состоянию в сознании - транса, пустоты или сна. Медитация - не сон; медитация отличается даже от обычной мыслительной деятельности, которая увлекает человека в мир абстракций и фантазий. Медитация - это не грезы. Скорее - это состояние расслабленной сосредоточенности, в котором остается лишь отрешенное наблюдение за всем происходящим. Иногда скачком могут неожиданно появиться чувства, желания, тревоги, сумбурная путаница мыслей. Рецепт один - спокойно относиться ко всему, что появляется на "мысленной сцене".

Таоистская медитация дает рекомендации "поместить мысли в центре тела, тогда сознание сдвигается в солнечное сплетение". Простейший способ - медитация с дыханием. Дышать надо через нос. Вдохнув сколько хочется, следует опустить диафрагму. Не надо втягивать воздух, а позволить ему войти в нос. Затем вдохнув, медленно выдохнуть на счет "два" и так далее до 10, сдвигая внимание от 1 до 10 сверху вниз с солнечного сплетения до органов малого таза.

Существуют различные способы сосредоточения от более конкретных: "увидеть голубую вазу саму по себе вне связи с другими вещами", до абстрактных полувопросо-размышлений: "как я себя чувствую в данный момент во всех точках одновременно?" или отчуждения-вопросов: "кто это думает?".

Один из студентов отметил психодиагностическое значение медитации "на горе". После неудачной сдачи зачетов он не мог выйти из состояния реактивной депрессии. Пробовал сосредоточиться "на горе".

"Шел" какими-то нелюдимыми тропинками, через какой-то мрачный лес, скорченные деревья, чащу. По совету психолога делал упражнение по десять раз в день и с удивлением отметил к вечеру второго дня, что "просветлел" и вышел из апатии, когда "взобрался на гору к освещенному дворцу". В последующем часто прибегал к этому приему в учебной и концертной деятельности.

Не рекомендуется медитировать на символах и узорах, стимулирующих опасные отрицательные эмоции, таких как змея, скорпион. Однако возможно применение тренирующей медитации, когда сам испытуемый активно сосредотачивается именно на отрицательных образах, что ведет к затуханию отрицательных эмоций и их нейтрализации.

Вообще советуется начинать медитацию со звуковых или зрительных раздражителей. Звуковые стимуляторы медитации называются мантрами ("ом", "аум"), зрительные раздражители, сосредоточение на узорах

Кроме благоприятных для снятия утомления физиологических сдвигов, трансцендентальная медитация (ТМ) помогает и психологически, снижая перед экзаменами (студенты), спектаклем (актеры), соревнованием (спортсмены) избыточную тревожность, способствует быстрому и четкому расслаблению мышц и дается частым сердцебиением, вегетативно-сосудистыми прояснениями, неконтролируемым страхом. Применение медитации помогает пассивно-созерцательному отношению к этому и переводу негативных эмоций в нейтральные или даже положительные.

Одна из восточных легенд повествует о том, что моральное состояние психической готовности в схватке, единоборстве более важно, чем технико-тактическое мастерство в фехтовании. Однажды чайный мастер, гулявший в одежде самурая лицом к лицу встретился с наемным самураем. Чайный мастер победил в схватке опытного наемного самурая, имевшего дурную мораль и желание обобрать, обворовать противника. Чайный мастер честно признался, что он не самурай и не готов к схватке, но тот продолжал настаивать на поединке. Чайный мастер мысленно настроился на неизбежность смерти, успев лишь спросить у учителя, как пользоваться мечом. Тот, видя его сосредоточенность, просто попросил исполнить чайную церемонию и сказал: "То состояние ума, в котором ты находишься, позволяет тебе сразиться с любым фехтовальщиком, тебе не нужно учиться умирать! Сосредоточься, и, когда услышишь крик самурая, ударь его мечом". Чайный мастер точно последовал советам. Самурай обомлел, увидев человека, полного сосредоточенности и бесстрашия. Он неосознанно вместо нападения стал пятиться назад, бросил меч и с криком: "я проиграл" простерся перед чайным мастером, прося прощения.

4. Составляющие здорового образа жизни и психологическая самопомощь.

Самым физиологичным и эффективным из методов регуляции психики следует считать двигательную активность. С помощью определенного уровня двигательной активности можно снижать нервно-психическое напряжение на структуры головного мозга. В этом случае мышечная активность подавляет возбуждение других зон - в результате этого процесса состояние напряжения снижается. Кроме того, оптимальная физическая нагрузка способствует благоприятному, естественному ходу биохимических процессов, которые идут под влиянием гормонов стресса, то есть происходит их своеобразное переключение с механизмов стресса на обеспечение двигательной активности.

Релаксирующая (расслабляющая) роль движения оказывается выше при использовании феномена переключения внимания. Для этого во время выполнения движения необходимо сосредоточиться на чем-то постороннем, не связанном с проблемами, вызывающими само нервно-психическое напряжение, на своих ощущениях, восприятии природы и др. Решению задачи помогают комплексы физических упражнений, которые предусматривают для своего выполнения концентрацию внимания на различных частях тела. К таким упражнениям относятся, например, комплексы йоги, дыхательные техники и др.

Оптимальная двигательная активность может выражаться в двух формах:

- 1) систематические (ежедневные или через день) общеукрепляющие физические упражнения (в комплексе) длительностью до 30-60 мин.;
- 2) занятие каким-либо (по желанию) видом спорта с целью оздоровления.

При всем при этом человек должен иметь полноценный отдых, который положительно влияет на эмоциональное равновесие в целом. Если человек будет отдыхать в течение дня, и хорошо высыпается ночью, то он может справляться с большими учебными нагрузками и ежедневными заботами. Необходимо выделить время, достаточное для того, чтобы расслабиться, отдохнуть, восстановить свои силы для продолжения деятельности.

Одним из решающих факторов отдыха является сон. Эксперименты показали, что человек, лишенный сна, все более и более теряет свои навыки у него начинаются галлюцинации и он демонстрирует странное поведение. Систематическое недосыпание негативно отражается на состоянии сознания: ухудшается внимание, память, мыслительные процессы. Во время сна организм лучше восстанавливается и ребенок, например, быстрее растет, чем когда он бодрствует. Общеизвестно, что студентам и школьникам, с их напряженным активным режимом занятий необходим достаточно продолжительный (до 9 часов) и полноценный ночной сон.

Рекомендуется выполнять программу приготовления ко сну:

-умойтесь или примите теплую ванну (душ), приготовьте постель, проветрите помещение;

- ложитесь в кровать лишь для того, чтобы спать, не смотрите в постели телевизор, не читайте и не думайте о плохом;

- не принимайте ничего возбуждающего перед сном: кофе следует пить за 6-8 часов до сна;

- в кровати думайте о чем-то очень приятном или представляйте место, в котором вы хотели бы оказаться: это успокоит ваши мысли.

Для оптимального развития и работы мозга, обеспечивающих психическое здоровье, необходимы энергия и строительный материал, которые постоянно расходуются. Пополнение этих расходов достигается полноценным питанием, которое предусматривает сбалансированность всех жизненноважных питательных компонентов в пище и своевременность их потребления.

Одним из существенных условий психического благополучия является активное насыщение себя и окружающих положительными эмоциями (культивация положительных эмоций). Положительные эмоции способствуют выработке в мозгу человека естественных внутренних стимуляторов (эндорфинов), которые обладают обезболивающим действием и вызывают чувство удовольствия, радости, счастья. Именно поэтому, все, что вызывает смех (анекдоты, комедии и т.п.), а также - высокая музыка и живопись, танцы и физические упражнения в оптимальных дозах, поступки, достойные высшей похвалы, блестяще выполненная работа и т.п. создают хорошее настроение и устойчивый интерес к жизни. Эмоции имеют большое значение в формировании поведения и составляют важную часть личности человека. Состояние эмоций обуславливает базу психического здоровья. Поскольку эмоции влияют на функции организма, эмоциональное благополучие имеет прямое отношение и к физическому здоровью.

Итак, для достижения высокого уровня эмоционального благополучия и укрепления психического здоровья необходимы:

хорошо развитое чувство индивидуальности,
умение общаться,
способность сближаться с другими людьми,
систематические занятия физической культурой,
рациональное питание и полноценный отдых,
культивация положительных эмоций.

Признаком же ухудшения здоровья, в том числе психической сферы, является снижение работоспособности. Это очень важный интегральный показатель. Если снижение умственной работоспособности сопровождается увеличением числа ошибок (снижение внимания), трудностями сосредоточения на задаче (падение концентрации внимания), вялостью, апатией, потерей интереса к работе, учебе - это тревожные сигналы, которые наряду с вегетативными изменениями (учащение или урежение пульса, усиление потоотделения, особенно на лбу и в подмышечных впадинах), головными болями, то это может говорить либо об утомлении, или переутомлении, либо об ухудшении здоровья. Утомление после отдыха исчезает, признаков заболевания или пограничного состояния (неврозы) - обычно нет. Тревогу должно вызывать и увеличение времени, которое необходимо для полного восстановления работоспособности.

Для повышения устойчивости психики к неблагоприятным воздействиям необходимо:

расширение границ своих психических и интеллектуальных возможностей,
овладение способами и методами управления собой,
снятие неблагоприятных последствий стресса и отрицательных эмоциональных напряжений.

Необходимы повседневные регулярные действия, направленные на решение этих задач. Однако, как явствует из сказанного выше, добиться цели с помощью одного какого-либо средства затруднительно, поэтому необходимо использование системы взаимодополняющих средств, включающей к примеру, аутотренинг, самоанализ которые могут помочь достижению полезного результата. При этом у каждого человека могут быть свои оптимальные средства обеспечения психического здоровья, хотя не меньшее значение имеет и правильность их использования.

В организации тренировки психических возможностей следует учитывать и выполнять определенные условия:

- четко сформулировать цель и стремиться к ее достижению;
- процесс выработки нужного навыка должен быть как можно интенсивнее, последовательнее и целеустремленнее;
- необходимо приложить достаточно усилий, особенно на начальном этапе тренировки;
- разнообразить содержание работы, сохранив последовательность операций и их хронологический порядок для того, чтобы преодолеть однообразие и рутину, возникающие при повторении одних и тех же действий; если же содержание работы не меняется, то менять окружающие условия (освещение, музыку, место работы, положение и т.д.).

При тренировке психических процессов необходимо учитывать, что нагрузка в упражнениях должна увеличиваться постепенно, а между большими нагрузками должны быть соответствующие перерывы: следует рационально распределить силы, чтобы отодвинуть утомление. Важно, чтобы нагрузка и способность ее выдержать доставляли радость, удовольствие и другие положительные эмоции. Эти положения особенно важны для людей умственного труда. Нарушение принципов рациональной организации своей деятельности снижает эффективность и подрывает психическое здоровье, а с ним и телесное, отбивает интерес к постоянному творческому труду и, в конечном счете, ведет к снижению интеллектуального потенциала. Регулярность труда - важная составляющая тренировки психических процессов для профилактики эмоциональных перегрузок, которые возникают в экзаменационные периоды из-за попыток в короткое время переработать большое количество информации, рассчитанной на освоение в течение полугода, а то и учебного года. Снижению уже возникшего напряжения в этот период помогают физические нагрузки и методы психорегуляции.

Тема 6. Сравнительно-возрастные особенности психогигиены

- 1. Актуальные проблемы возрастной психогигиены.**
- 2. Формирование привязанности в диаде «мать-ребенок» как основная задача психогигиены детей раннего возраста.**
- 3. Профилактика дезадаптации в подростковом возрасте.**
- 4. Психогигиена взрослого человека.**
- 5. Психогигиена пожилого и старческого возраста.**

Основная:

1. **Вайзман Н.П. Психогигиена учащихся.** – М., 1982.
2. ВОЗ. Охрана психического здоровья. Проблемы и пути решения. Копенгаген, 2006.
3. **Гехт К. Психогигиена.** – М., 1979.
4. Головей Л.А. Психология становления субъекта деятельности в периоды юности и взрослости. – СПб., 1996.
5. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. – М., 1998.
6. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. – Л.: Медицина, 1985.
7. Обухова Л.Ф. Детская психология: теория, факты, проблемы. – М., 1995.

8. **Психогигиена детей и подростков/** Под ред. Г.Н. Сердюковской, Г. Гельница. – М.: Медицина, 1985.
9. Раттер М. Помощь трудным детям. – М., 1987.
10. Фельдштейн Д.И. Психология развивающейся личности. – М., 1996.
11. Филатова С.А., Безденежная Л. П., Андреева Л. С. Геронтология: Учебник для ССУЗов. – М., 2005.
12. Фурманов И.А., Фурманова Н.В. Психология депривированного ребенка. – М.: Владос, 2004.
13. Эриксон Э. Детство и общество. – СПб.: Университетская книга, 1996.

Дополнительная:

2. Бахур В.Т. Эмоции: плюсы и минусы. – М.: Знание, 1975.
3. Баярд Р. Ваш беспокойный подросток. – М, 1991.
4. Бестужев-Лада И.В. Молодость и зрелость. – М., 1984.
5. Богданович Л. Молодость в старости. – М., 1984.
6. Гарбузов В.И. От младенца до подростка. – СПб., 1996.
7. Мерфи Дж. Живите полноценной жизнью. – М.: Попурри, 2007.
8. Некрасов В.П. Всегда в хорошем настроении. Методы психорегуляции. – М.: Физ-ра и спорт, 1985.

1. Актуальные проблемы возрастной психогигиены.

Примерно 2 миллиона молодых людей в Европейском регионе ВОЗ страдают психическими расстройствами – от депрессии до шизофрении, и многие из них не получают какой-либо помощи или лечения. В то же время состояние психического здоровья детей и подростков имеет важное значение для обеспечения и поддержания устойчивого развития общества. Европейские страны традиционно играли ведущую роль в разработке программ, направленных на защиту психического здоровья детей и подростков, однако новые задачи требуют расширения усилий для удовлетворения потребностей, возникающих в двадцать первом веке. Иммиграция, миграция, изменение в структуре семьи, изменения возможностей трудоустройства в будущем, а также постоянный стресс, связанный с конфликтами, оказывают воздействие на состояние психического здоровья детей и подростков и в конечном счете на здоровье населения отдельных стран и всего Региона.

В настоящее время признается, что многие психические расстройства, наблюдающиеся у взрослых людей, возникают в детском возрасте. В подростковом возрасте значительно возрастает распространенность многих психиатрических проблем, таких как депрессия и суицидальное поведение.

До 20% детей и подростков во всем мире страдают проблемами психического здоровья, приводящими их к инвалидности. Имеющиеся данные указывают на то, что за последние несколько десятков лет общая распространенность психиатрических проблем среди детей не увеличилась. В то же время частота случаев депрессий, по данным самоотчетов, возросла, так же как и частота случаев вновь поставленных диагнозов. Многие психические расстройства носят рекуррентный или хронический характер.

Четыре процента лиц в возрасте от 12 до 17 лет и 9% лиц в возрасте 18 лет страдают депрессией, которая является одним из наиболее распространенных видов расстройств с самыми разнообразными последствиями. Психические расстройства в настоящее время чаще, чем ранее, диагностируются у молодых девушек, в особенности с депрессивными симптомами. Депрессия связана с проблемой самоубийств среди молодежи, которая чрезвычайно актуальна во многих странах и является третьей по значимости причиной смерти среди молодых людей. Употребление алкоголя и наркотиков в подростковом возрасте приводит к многочисленным последствиям, при этом следует особо выделить

наблюдаемую взаимосвязь со случаями самоубийств и других форм поведения, представляющих угрозу для жизни, например актами насилия, а также смертностью в результате дорожно-транспортных происшествий. Имеются данные, указывающие на рост числа случаев сочетанных заболеваний, т.е. психиатрических расстройств в сочетании с употреблением алкоголя или наркотиков.

Наличие в обществе детей и подростков, подвергающихся риску развития психических расстройств или проявляющих их признаки, ведет к дестабилизации ситуации в обществе в целом. Диагноз расстройства поведения и наличие психических расстройств в сочетании с потреблением и злоупотреблением алкоголем и запрещенными наркотическими средствами связан с актами насилия, преступной деятельностью, другими формами антисоциального поведения, а также с неспособностью этих лиц стать созидательными членами общества в своих странах и местных сообществах.

Профилактика является ключевым элементом работы служб охраны психического здоровья детей и подростков. Очевидно, что профилактика психических расстройств способствует сокращению затрат и в максимальной степени отвечает интересам ребенка, семьи и общества. Достигнуты значительные успехи в области разработки программ профилактики, однако такие программы до настоящего времени не получили широкого распространения и поддержки. Профилактика и укрепление психического здоровья детей имеют важнейшее значение, поскольку являются неотъемлемым элементом более целостного подхода к оказанию помощи детям, который должен учитывать все вопросы охраны психического здоровья, вызывающие озабоченность.

Некоторые примеры

Программа оказания эффективной помощи семье в Финляндии предусматривает проведение профилактических мероприятий службами здравоохранения и социального обеспечения для оказания содействия семьям в целях предупреждения развития психических расстройств у детей. Ее целью является обеспечение взаимосвязи между психиатрической помощью детям и взрослым, а также работой социальных служб. Применялись методы, направленные на усиление психологической устойчивости детей, помогая им лучше понять проблемы, связанные с наличием психических расстройств у родителей. В программе “Поговорим о детях” используется психообразовательный подход, предусматривающий участие родителей в обсуждении актуальных клинических проблем.

Telefono Azzurro является национальной телефонной линией помощи для предупреждения случаев жестокого обращения с детьми в Италии. Она предоставляет детям и подросткам возможность рассказать на анонимной основе о предпринятых в их отношении актах насилия. Позвонивший по телефону сразу же получает поддержку и направляется в соответствующее учреждение для оказания дальнейшей помощи. Если имеется опасение, что ребенку угрожает непосредственная опасность, с его согласия о данном случае информируется соответствующее ведомство. В настоящее время аналогичные программы внедряются во многих странах.

“Партнерство в интересах детей” было создано в 2001 г.с целью укрепления психического и эмоционального здоровья детей и молодежи. Эта организация продолжила осуществление программы “Друзья Зиппи”, которая была начата в Дании и Литве организацией “Бифрендерс интернешнл”. Она предназначена для обучения детей в возрасте шести и семи лет методам борьбы с трудностями, и построена на серии рассказов, способствующих упрочению навыков психологической адаптации. Целью этой деятельности является укрепление психического и эмоционального здоровья всех детей.

Европейское общество детской и подростковой психиатрии объединяет специалистов всего Европейского региона, работающих в данной области, с целью повышения их профессиональной квалификации, распространения информации и информационно-просветительной деятельности. Проводимые этим обществом конгрессы

предоставляют возможность специалистам по различным аспектам психического здоровья обмениваться новейшей информацией.

FOCUS является проектом по внедрению эффективных практических методов в области охраны психического здоровья детей и подростков. Основным направлением деятельности является распространение информации в поддержку использования научно обоснованных практических методов в деятельности всех профессиональных групп и во всех учреждениях по предоставлению помощи.

Задачи психогигиены в отношении детского, подросткового и юношеского возраста могут решаться только на базе знаний о закономерностях роста и развития организма, возрастных анатомо-физиологических особенностях человека. Созревание психики проходит ряд этапов, каждый из которых имеет свои отличительные черты. Наиболее важными этапами развития психики являются следующие:

- 1-й — моторный — до 1 года
- 2-й — сенсомоторный — до 3 лет
- 3-й — аффективный — от 3 до 12 лет
- 4-й — идеаторный — от 12 до 14—16 лет

В выделении этапов и в ограничении их во времени имеется искусственность, поскольку психика человека развивается целостно, во всех своих сферах. Вместе с тем в соответствии с данными отечественной психологии главным содержанием психического развития является изменение функционального строения сознания, его перестройка на каждой стадии онтогенеза. При этом всякий раз доминирующее положение занимает какой-нибудь один психический процесс. Обозначением этапов подчеркиваются уровень зрелости психики, ее новые, наиболее типичные качества, достигаемые к определенному возрасту. Это необходимо учитывать для создания оптимальных условий развития психики и формирования личности.

При организации психопрофилактики необходимо принимать во внимание: 1) возрастные особенности психики; 2) неравномерный скачкообразный характер психического развития; 3) факт более быстрого психического развития в первые годы жизни; 4) типологические особенности психического реагирования детей. В ходе развития унаследованная программа развертывается в условиях влияния внешней среды, которое может быть на различных этапах сдерживающим, усиливающим или видоизменяющим. Задача психогигиены и психопрофилактики состоит в том, чтобы сделать эти влияния максимально соответствующими сложившейся в поколениях наследственной программе.

2. Формирование привязанности в диаде «мать-ребенок» как основная задача психогигиены детей раннего возраста.

Нормальное развитие ребенка и формирование успешно действующих защитных механизмов возможно лишь при хорошем приспособлении к социальной среде. Родившийся ребенок, почти не обладая никакой самостоятельностью, в то же время является частью диады. Другая часть диады — мать, основное условие жизнедеятельности ребенка и его развития. Мать формирует его как будущую личность, способную противостоять изменениям среды и бороться со стрессами. В этом основополагающую роль играет привязанность или чувство любви, возникающее между младенцем и его матерью. Сформировавшаяся эмоциональная связь между матерью и ребенком побуждает его искать у родительницы защиты при любом проявлении опасности, осваивать под ее руководством все необходимые навыки, без которых у него не разовьется необходимое для жизни чувство безопасности и уверенности в своих возможностях.

Основными факторами эффективного материнского ухода, обеспечивающими нормальное развитие ребенка, считают:

- мать как источник сенсорных и других стимулов, то есть пеленание, ласка, разговор, нахождение в поле зрения ребенка, игра с ним;
- мать как источник удовлетворения потребностей ребенка (в пище, желаемых предметах);

□ мать как посредник между ребенком и раздражителями внешней среды, ослабляющая или реже интенсифицирующая их воздействие.

Способность противостоять стрессу в значительной степени зависит от того, насколько мать может приспособить внешнюю среду ребенка к его индивидуальным особенностям. В раннем детстве повторно возникающие ситуации, приводящие к беспокойству или напряжению, не делают ребенка способным противостоять стрессам. Ребенок, который редко подвергается испытаниям трудностями (потребности в большинстве случаев удовлетворяются своевременно), лучше переносит стрессы, чем тот, который неоднократно испытал напряжение отрицательных эмоций. Стабилизации психического состояния способствуют принципы ухода и неизменный «образ матери».

В предшествующие десятилетия преобладало мнение, что материнской заботы для формирования адаптивного поведения ребенка достаточно. Нежность, доброта, самоотверженная забота о ребенке, проявляемые отцом, рассматривались лишь как имитация женского поведения и необязательные для воспитания ребенка. Доказано, что активное участие отца в подготовке родов уменьшает количество осложнений в них, снижает восприимчивость новорожденного к стрессам. Отношения малыша, формирующиеся не в диаде «мать—ребенок», а в триаде «отец—мать—ребенок», способствуют тому, что младенец доброжелателен и весел, рано начинает улыбаться. Исследование детей раннего возраста в присутствии матери или отца и без них обнаружило одинаково стимулирующее влияние обоих родителей. Понятно, что фигура отца, как и матери, облегчает ребенку переживание трудной ситуации. Отец также оказывает влияние на ребенка не только прямо, но и через мать и посредством семейного климата, одним из создателей которого он является. Некоторые авторы идут дальше, утверждая, что не только родители воспитывают детей, но и вся семья оказывает непосредственное влияние на развитие и направление происходящих в ребенке процессов созревания. Они полагают, что близкие родственники, составляющие расширенную семью (дедушки, бабушки, братья, сестры, кузены, кузины и т. д.), в этом принимают участие, так же, как это делает и все общество в целом. Социальные стимулы, получаемые ребенком от окружающих его людей, освобождают рефлекторные инстинктивные проявления.

Этологическая концепция на передний план выводит формирование прочной эмоциональной связи, являющейся врожденной мотивационной системой [Lorenz K., 1979; Tinbergen N., 1953]. В соответствии с этим пониманием и мать и ребенок стремятся к тесному физическому общению. Один из механизмов объединения детеныша и его матери — импринтинг (врожденная способность животных следовать за объектом). Новорожденный осуществляет «поиск близости» посредством плача («иди сюда») или улыбки («не уходи»). Возможно, что корни этого заложены до рождения путем воздействия на плод звуков сердца матери. Запечатление (импринтинг), происшедшее у плода, связывают с материнскими сердцебиениями, поэтому они успокаивают младенца. Рождение для младенца — травматическая ситуация. Ему приходится защищаться, снижая уровень эмоционального напряжения. Объятия (прикосновения) матери и звуки ее сердца, которые при ее приближении снова хорошо слышны, — источники чувства безопасности младенца, позволяющие нормализовать уровень его внутреннего напряжения. В формировании материнского чувства критический период — 24 часа после рождения. Очень важно, чтобы новорожденный не позже этого побывал на руках у матери, тогда возникшая привязанность будет особенно сильной. На ранней стадии возникновения привязанности между матерью и ребенком особое значение имеет тесный телесный контакт между ними. В этой связи неправильно не брать плачущего ребенка на руки. Необходимо удовлетворять его потребность в контакте, в результате чего сформируется чувственное впечатление — любовь. Если все-таки ребенка не берут на руки, он не будет плакать, у него появится «хорошее поведение» (фактически безразличное), однако его эмоциональное развитие нарушится и сделает его недостаточно

защищенным от стрессов. Нарушение системы общения между матерью и ребенком может сделать мать нечувствительной к потребностям малыша. Мать может решить, что он благополучен. В этом случае она не обеспечит ему всего необходимого для формирования привязанности.

С 6-го месяца телесный контакт заменяется иной формой общения. С этого времени голос и зрительный образ родительницы несут такой же позитивный эмоциональный заряд, как и физический контакт. Плачущий ребенок, увидев или услышав мать, успокаивается. Устрашающая ситуация еще вызывает у него потребность в физическом контакте, однако порог такой реакции повышается с возрастом. Таким образом, не только матери воспитывают детей, но и дети со своей стороны стремятся управлять поведением матери, привлекая ее внимание, если она не успевает выполнять их желания. Этологи видят усилия матери и ребенка в том, чтобы находиться вместе для наилучшей адаптации к жизни. Мать сделает относительно беспомощного ребенка защищенным от опасностей и удовлетворит его нужды.

Таким образом, существует целый ряд **предпосылок психического здоровья младенца:**

- 1) здоровые отношения между матерью и ребенком;
- 2) качественные отношения между матерью и ребенком, приводящие к благополучному физическому, познавательному и эмоциональному развитию;
- 3) положительные отношения между матерью и ребенком, обучающие способности доверять и обращаться к другим;
- 4) реципрокность и синхрония отношений «мать—дитя» как основной элемент положительного характера привязанности между ними;
- 5) несменяемость первичного воспитателя младенца (желательно, чтобы это была мать от рождения и без перерывов);
- 6) снабжение родителями своих детей возможностями для оптимального развития.

A. W. Burgess (1978) сформулировал ранние признаки стойкой и глубокой привязанности, а также обратил внимание на признаки слабой, плохо формирующейся привязанности.

Признаки стойкой привязанности матери к ребенку:

- ищет и поддерживает глазной контакт;
- произносит слова с особенными интонациями;
- прикасается к ребенку, ласкает его;
- часто держит на руках, располагает соответственно формам своего тела, прижимает к себе;
- испытывает положительные чувства.

Признаки стойкой привязанности ребенка к матери:

- возвращает взгляд и поддерживает глазной контакт;
- поворачивается, настораживается, пытается подражать тону материнского голоса или сам производит звуки для матери;
- настораживается, улыбается, кажется успокоившимся;
- принимает форму материнского тела, кажется расслабленным — хорошо принаравливается;
- испытывает положительные чувства (живость, спокойствие), может успокоиться, если плачет.

Ранние признаки плохо формирующейся привязанности матери к ребенку:

- избегает глазного контакта или он «плавающий»;
- редко обращается прямо к ребенку, не использует особенных интонаций; избегает прикосновений и ласк;
- редко держит на руках, не прижимает к себе, держит ребенка вдали от себя;
- само тело матери не гибкое;
- испытывает негативные чувства (невыраженные явно или гневные).

Ранние признаки плохо формирующейся привязанности ребенка к матери:

- избегает глазного контакта или он только мимолетен;
- отворачивается, не возвращает вокализации, не пытается спровоцировать мать на вокализацию;
- отворачивается, не реагирует, плачет;
- негибкий, отворачивается, не податлив, беспокоен, плачет, плохо приноравливается;
- испытывает негативные или невыраженные чувства (сонливость или беспокойство), если плачет, не может успокоиться.

К сожалению, существуют препятствия, которые могут помешать матери правильно воспитывать ребенка. Установление глубокой эмоциональной связи внутри диады между матерью и ребенком может затрудняться незрелостью чувств и характера матери, ее неуравновешенностью. Препятствием может быть юный (до 18 лет) возраст матерей. В половине случаев зачатие у них происходит случайно, беременность оказывается незапланированной, а ребенок нежеланным не только для будущей матери, ее полового партнера, но и для родственников (13,7% из них пытаются оформить отказ от своего ребенка). Естественно, что социальная и психологическая неподготовленность к осуществлению обязанности матери не позволят женщине создать положительную эмоциональную среду, необходимую для формирования глубокой привязанности между матерью и ребенком [Орел В. И., 1991]. Юных, и более старших, но эмоционально незрелых матерей в прошлом подвергали депривации, их отвергали родители или воспитывали в неблагополучных семьях. Они могут быть инфантильными, эгоцентрически сосредоточенными на своих делах, неспособными к любви и справедливым отношениям между людьми. При появлении ребенка у них не хватает теплоты и нежности при обращении с ним, понимания его основных потребностей. Эти матери не способны установить прочные отношения и с отцами своих детей, создать благоприятную эмоциональную атмосферу в семье, что также затрудняет благополучное развитие детей.

Помехой возникновению благоприятных отношений в системе «мать—дитя» может быть неразвившаяся гестационная доминанта, то есть недостаточная готовность и решимость стать матерью [Добряков И. В., 1996]. Нелюбимый или нежеланный ребенок не вызывает к себе положительных эмоций, которые так необходимы для формирования привязанности, чувства безопасности, уверенности в своем благополучии и дальнейшего развития. Отказ матери от кормления грудью или невозможность этого лишает младенца естественной хорошо усвоиваемой пищи, снабжающей всем необходимым для физического развития и укрепления иммунитета. Однако, отсутствие лактации у матери — нередко признак перенесенных ею тяжелых или неоднократных стрессов, а также того или иного заболевания. Все эти изменения у матери могут индуцировать у ребенка эмоциональные нарушения, усугубляющиеся недостаточным телесным контактом из-за того, что ребенка не прикладывают к груди. По некоторым данным только 5% матерей осведомлены о том, что грудное вскармливание укрепляет психологический контакт в системе «мать—дитя». Много доказательств было приведено в пользу того, что недостаточная эмоциональная и сенсорная стимуляция ребенка раннего возраста, особенно при отделении от родителей, обязательно вызовет серьезные нарушения в его эмоциональном и, в конечном итоге, в общем психическом развитии. Не отделение от матери, а неправильный уход, не обеспечивающий любовь, внимание и безопасность более вредны для ребенка.

3. Профилактика дезадаптации в подростковом возрасте.

В своей повседневной жизни мы постоянно сталкиваемся с необычными поступками, реакциями или целой системой отклоняющегося поведения детей. Все это требует оценки не только в педагогическом, но и в психогигиеническом аспекте. Иными

словами, каждая встреча с таким ребенком должна завершаться пониманием механизма развития его аномального поведения. В подавляющем большинстве случаев оно начинается с реакции дезадаптации и в то же время, как правило, возможно предупредить закрепление аномального поведения, иначе не исключен их переход в более тяжелые формы нервно-психических расстройств.

Характерологическая реакция — часто встречающееся преходящее ситуационно обусловленное изменение поведения ребенка, проявляющееся главным образом при определенных обстоятельствах. Она психологически понятна, не приводит к нарушениям приспособления и не сопровождается соматическими расстройствами.

Патохарактерологическая реакция — психогенная личностная реакция, проявляющаяся отклонениями в поведении ребенка; она приводит к нарушениям приспособления к окружающей обстановке и сопровождается соматическими расстройствами. Обычно патохарактерологическая реакция развивается на основе характерологической, и происходит это на неблагоприятном фоне: акцентуации (своеобразии) характера, психопатических чертах личности, органической недостаточности центральной нервной системы, дисгармонически протекающем возрастном кризе. О переходе характерологической реакции в патохарактерологическую судят по тому, что при последней нарушения поведения наблюдаются и вне ситуации, в которой они первоначально возникли, частично утрачивается также психологическая понятность, эмоциональные нарушения становятся более выраженными, а соматическими — явными. При них закрепляется болезненный стереотип, выражающийся в том, что по разным поводам возникает одна и та же реакция. Как правило, патохарактерологические реакции нарушают приспособление в семье, в детском коллективе, расстраивают взаимоотношения со сверстниками и старшими, становясь поводом для обращения к врачу или, чаще, предметом разбирательства воспитателей и педагогов. Последние, как и родители, центрируют свое внимание на педагогической стороне дела, нередко упуская из вида наследственные и личностные особенности ребенка.

Причина патохарактерологических реакций — неблагоприятные и, как правило, повторно возникающие ситуации неправильного отношения к ребенку в семье, несоответствующее воспитание родителями или педагогами, лишение ребенка надлежащей заботы и ухода.

Для систематизации характерологических и патохарактерологических реакций группой авторов под руководством А.Е. Личко создана классификация, выделяющая реакции отказа, оппозиции, имитации, компенсации, гиперкомпенсации, эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения, обусловленные формирующимся сексуальным влечением реакции.

Характерологические и даже патохарактерологические реакции принципиально обратимы. Но их повторение может привести к упрочению аномального поведения и создать основу для патологического формирования личности. Наряду с другими психогениями, эти реакции участвуют в оформлении психопатий. Отсюда понятна необходимость ранней диагностики нарушений поведения с целью принятия мер против фиксации патологических личностных реакций. Имеется и еще более важная цель — предупреждение нарушений поведения. Для ее достижения применительно к каждому ребенку необходимо:

- 1) охарактеризовать темперамент, особенности личности, выявить, имеются ли психопатические или акцентуированные (своеобразные) черты;
- 2) обнаружить или исключить возможность существования органической неполноценности ЦНС;
- 3) оценить влияние семьи, школьного и другого детского коллектива;
- 4) изучить материально-бытовое состояние семьи, ее культуру, связь с основным населением;

5) получить данные о развитии ребенка — асинхрония (неравномерность), ретардация (отставание), акселерация (ускорение), характер протекания пубертатного периода, темп полового созревания;

6) диагностировать текущие хронические соматические и другие заболевания и оценить роль перенесенных в прошлом вредностей и болезней.

Предупреждению развития характерологических реакций может помочь раннее выявление акцентуаций (своеобразных черт) характера. Выявив у ребенка, например, гипертимные черты (постоянно повышенное настроение, неумеренную подвижность, непрекращающуюся деятельность, сверхобщительность, излишнюю разговорчивость, нетерпимость к огорчениям, стремление к лидерству, вспыльчивость, шаловливость), воспитатель в порядке профилактики поведенческих нарушений должен препятствовать чрезмерной опеке и ограничениям активности детей в семье, памятуя об их склонности к реакции эмансипации.

С чертами эмоционально-волевой неустойчивости нередко связано развитие реакций имитации. Характеризуется копированием поведения наиболее авторитетного для ребенка лица. Дети чаще всего подражают родителям, старшим членам семьи, взрослым или подросткам из ближайшего окружения, воспитателям и учителям. Подражание тому или иному образу связано с представлением об идеале. У части детей этот идеал воспитан взрослыми, а у других — навязан референтной группой (классом, уличной компанией, спортивным коллективом). Как правило, имитация отношений и поступков носит положительный характер, однако существует возможность копирования асоциальных форм поведения (сквернословия, хулиганских поступков, краж, бродяжничества), вредных привычек (курения, нюхания летучих веществ, приема алкогольных напитков, лекарственных веществ). И в том, и в другом случае реакция имитации не носит патологического характера. Если же она развивается на фоне расторможенных включений, как это имеет место при некоторых типах органического поражения ЦНС, в процессе подражания резко ускоряется развитие инстинктов, то могут возникнуть невротические расстройства, токсикомания, наркомания (пристрастие к некоторым веществам). Особенно демонстративны в этом отношении провокации, приводящие к сексуальной стимуляции. Такая стимуляция возникает, когда ребенок подражает более старшим детям, мастурбируя (онанируя), участвуя в развратных действиях. Отрицательные последствия реакции имитации чаще наблюдаются у безнадзорных детей, отличающихся безвольностью, эмоциональной неустойчивостью, неумением постоять за себя и нуждающихся в защите и покровительстве. *Профилактика.* Предупреждению отрицательных вариантов реакций имитации может способствовать организация досуга в рамках спортивных, художественных коллективов или в других кружках по интересам, где всегда есть образцы для подражания и атмосфера, способствующая возникновению положительных «идеалов» (тренеры, руководители, наиболее умелые сверстники и т. п.).

Тормозимый, робкий, пугливый, недостаточно уверенный в себе ребенок более других подвержен опасности дать реакцию отказа. Типичные ее проявления встречаются у младших детей. Возникает она в связи с утратой ребенком чувства безопасности, защищенности, что чаще всего случается при отрыве ребенка от привычного окружения, семьи, знакомой обстановки. Такая ситуация может возникнуть при направлении ребенка в ясли (круглосуточные), больницу, санаторий, при помещении его в чужую семью. Реже она развивается дома, что может быть связано с отношением родителей, которые в этих случаях не проявляют достаточных внимательности, заботы, душевности, эмоциональной теплоты и заинтересованности. Наиболее яркие черты этой реакции — неподвижность, заторможенность — такие дети способны часами находиться в одной и той же позе, не реагируя на обстановку. У них отсутствует стремление к общению. Они отказываются от обычных для детей желаний играть, наслаждаться сладким и т. д. Наряду с отсутствием у них или падением активности отмечается подавленность, угнетенность, расстройство сна, утрата аппетита. Возникновению этой реакции способствует соматическая астенизация в

результате перенесенной незадолго до психической травмы острой или хронической инфекции. *Профилактика.* Необходимо учитывать эту особенность и не отрывать его от привычной обстановки, или, если отрыв неизбежен, проводить специальную подготовку перед расставанием с родителями. Элементами такой подготовки должно быть откровенное и понятное для ребенка объяснение целей покидания дома, создание психологически благоприятной обстановки в новом месте, выделение лица, которое на время возьмет на себя роль родителей. При необходимости желательны назначение средств, снимающих эмоциональное напряжение (транквилизаторы, седативные препараты). Очень полезна в такой ситуации психотерапия.

Истероидная акцентуация характера чаще других способствует возникновению у детей реакции оппозиции и протеста. Непослушание, резкость, грубость, брань, разрушительные действия или даже агрессивное поведение возникают в ответ на психологически трудные для ребенка обстоятельства. Среди *активных реакций* протеста описывают эксплозивные (взрывные) реакции со вспышками гнева, разрушительными действиями и агрессией, общее двигательное возбуждение с аффективным (эмоционально спровоцированным) сужением сознания, злонамеренные поступки, причиняющие прямо или косвенно вред «обидчику», а у маленьких детей — и аффективно-респираторные судороги. Обычно эти реакции провоцируются обидой, неудовлетворением капризов, просьб, развертываются остро, бурно. Ребенок плачет, кричит, падает на пол, бьется головой, стучит ногами, размахивает руками, стремится ударить, ущипнуть, царапается, отталкивает от себя взрослого или, наоборот, хватается и тянет его за волосы, одежду, выкрикивает свои требования, бранные слова, нечто нечленораздельное. Лицо его при этом краснеет, багровеет, волосы становятся мокрыми от пота. Более старшие дети на высоте такой вспышки способны крушить и разрушать все, что попадет под руку, нападать на тех, кого считают виновниками своих переживаний. Иногда реакции протеста развиваются медленно, накапливающееся аффективное напряжение разряжается отдельными враждебными поступками, повреждением или уничтожением вещей, порчей пищи, нанесением телесных повреждений или оскорблениями, наговорами или мучительством животных, принадлежащих «обидчику». *Реакции пассивного протеста* проявляются отказом от еды, уходом из дома, попытками к самоубийству, мутизмом, недержанием мочи, кала, рвотой, запорами, насильственным кашлем. *Профилактика.* Для их профилактики требуется тренировать у них способность сдерживать себя и бороться с эгоистическими и эгоцентрическими установками. Необходимо терпение и осторожность, а также авторитет, основанный на любви и нежности к детям.

Из изложенного ясно, что в предупреждении характерологических реакций существенную роль может сыграть оптимизация условий воспитания в семье или детском учреждении (продолжение в лекции № 7). В профилактических целях следует внимательно оценивать существующие в семье отношения, тип воспитания и особенности личности членов семьи. Не следует думать, что члены семьи ничего не могут сделать, в частности, для исправления уже сложившейся конфликтной ситуации. Наоборот, после доверительных бесед, выявляющих все явные и скрытые опасности для ребенка, существующие в семье, многие задумываются, ищут помощи и поддержки, стремясь создать более благоприятную обстановку. В этот момент могут пригодиться знания и опыт врача или психолога, при конфликтных отношениях между взрослыми иногда они могут выступить в роли посредника.

4. Психогигиена взрослого человека.

Взрослость — это период онтогенеза, условно определяющийся возрастными границами 20—55—60 лет и характеризующийся тенденцией к достижению наивысшего развития духовных, интеллектуальных и физических способностей человека. В настоящем справочнике принята следующая классификация: ранняя взрослость — 20—40 лет и средняя взрослость — 40—60 лет.

В середине периода ранней взрослости (примерно к тридцати годам) человек переживает кризисное состояние, некий перелом в развитии, связанный с тем, что представления о жизни, сложившиеся между двадцатью и тридцатью годами, не удовлетворяют его. Анализируя пройденный путь, свои достижения и провалы, человек обнаруживает, что при уже сложившейся и внешне благополучной жизни личность его несовершенна, что много времени и сил потрачено впустую, что он мало сделал по сравнению с тем, что мог бы сделать, и т. п. Иными словами, происходит переоценка ценностей, критический пересмотр своего «Я». Человек обнаруживает, что многое он уже не может изменить в своей жизни, в себе: семью, профессию, привычный образ жизни. Самореализовав себя на данном этапе жизни, в период молодости, человек вдруг осознает, что, в сущности, стоит перед той же задачей — поиска, самоопределения в новых обстоятельствах жизни, с учетом реальных возможностей (в том числе ограничений, не замечавшихся им ранее). Этот кризис проявляет себя в ощущении необходимости «что-то предпринять» и свидетельствует о том, что человек переходит на новую возрастную ступень — возраст взрослости. «Кризис тридцати» — условное название. Это состояние может наступить и раньше, и позднее, ощущение кризисного состояния может наступать на протяжении жизненного пути неоднократно (как и в детстве, отрочестве, юности), так как процесс развития идет по спирали, не останавливаясь.

Для мужчин в это время характерна смена работы или изменение образа жизни, но их сосредоточенность на работе и карьере не меняется. Наиболее частым мотивом добровольного ухода с работы является неудовлетворенность чем-то на данном месте. При этом главное значение имеет неудовлетворенность именно работой: производственной обстановкой, напряженностью труда, заработной платой и т. д. Если неудовлетворенность работой возникает вследствие стремления добиться лучшего результата, то это только способствует совершенствованию самого работника.

У женщин во время кризиса 30-летия обычно меняются приоритеты, установленные в начале ранней взрослости. Женщин, ориентированных на замужество и воспитание детей, теперь в большей степени начинают привлекать профессиональные цели. В то же время те, кто отдавал свои силы работе, теперь, как правило, направляют их в лоно семьи и брака.

Переживая кризис тридцати лет, человек ищет возможность укрепления своей ниши во взрослой жизни, подтверждения своего статуса взрослого: он хочет иметь хорошую работу, он стремится к безопасности и стабильности. Человек еще уверен в том, что возможно полное воплощение надежд и чаяний, образующих «мечту», и усердно трудится для этого.

Кризис «середины жизни», как и другие возрастные кризисы, сопровождаются те или иные депрессивные переживания. Это может быть снижение интереса ко всем событиям или удовольствия от них, апатия; человек может чувствовать систематическое отсутствие или снижение энергии, так что приходится заставлять себя ходить на работу или выполнять домашние дела. Часто встречаются переживания по поводу собственной никчемности, беспомощности. Особое место в депрессивных переживаниях занимает тревога в отношении своего будущего, которая зачастую маскируется тревогой за детей или даже за страну в целом. Нередко депрессивные переживания концентрируются вокруг потери смысла и интереса к жизни.

Часто можно встретить проекцию внутриличностного кризиса на свое окружение: социальную обстановку в стране, семейную ситуацию. Естественно, что проекция кризиса на окружение приводит к попыткам, часто хаотичным, изменить именно окружение: страну, семью, работу. Некоторые женщины в этот период заполняют внутреннюю пустоту рождением еще одного ребенка. При достаточно высоком уровне развития рефлексии люди пытаются осмыслить свое состояние, понимают, что причина кроется не в окружении, а в них самих. В этом случае характерны размышления о собственных

достижениях, сожаления о том, что не получилось, но что хотелось бы иметь. Иногда происходит переоценка ценностей.

В некоторых случаях переживание кризиса происходит настолько остро, что может послужить причиной суицида. Как отмечал Э. Гроллман, для тех, кого опустошают отсутствие истинного самоопределения, разлука с детством и страх перед грядущей старостью, «кто испытывает муку утраты собственного «Я», смерть может показаться освобождением». И действительно, по его данным, уровень самоубийств в 40—45 лет повышается.

Психопрофилактика на данном этапе заключается в предупреждении случаев обострения возрастных кризисов. Самая большая сложность в организации психологической поддержки взрослых — это нацелить человека на работу с самим собой. Достаточно часто наблюдается проекция кризиса на окружение, и в этом случае человек приходит на консультацию с запросом, совершенно неадекватным реальной ситуации. Например, он может попросить разобраться в его семейных проблемах, взаимоотношениях с начальником и т. п. Поэтому первое, что необходимо сделать, — это подойти к обсуждению собственных трудностей, т. е. помочь человеку признать наличие у него самого эмоциональных проблем.

Психологическая поддержка здесь осуществляется в соответствии с логикой, когда первым этапом является признание самим человеком факта вступления в трудную ситуацию. Соответственно следующим этапом может быть присвоение этой ситуации имени — «кризиса тридцати лет» или «кризиса середины жизни». Для этого консультант может рассказать человеку о специфике и типичных проявлениях этого кризиса, о подведении итогов и корректировке своего дальнейшего пути, а главное — о необходимости смены внешней позиции на внутреннюю: переход от завоевания внешнего мира к завоеванию самого себя, от поисков пути во внешнем мире к поискам пути к самому себе. Иногда человеку бывает достаточно узнать, что происходящее с ним абсолютно нормально и, более того, закономерно. Дальнейшую внутреннюю работу он может осуществить самостоятельно.

Далеко не всегда рассказа о кризисе бывает достаточно. Некоторым требуется более длительная и глубокая поддержка. Как мы уже говорили, нередко человек страдает оттого, что, как ему кажется, он ничего не достиг в жизни, а времени на новые достижения уже не осталось.

Люди отличаются друг от друга моделями поведения в зависимости от того, какой выбор они делают в двадцатилетнем возрасте. В зависимости от различных моделей поведения, каждый по-своему развивает свою роль в жизни, поэтому важно оценить будущие перспективы. Сами модели поведения меняются, становясь разнообразнее, отражают влияние изменяющегося мира. Шихи считает, что каждой модели поведения соответствует определенный набор психологических проблем, связанных с тем, как эффективно человек решает свои задачи развития — глубокий кризис и «застывание» на предыдущих стадиях или более благополучное вхождение во взрослость.

Модели поведения женщин. «Заботливые». Выходят замуж в двадцатилетнем возрасте или даже еще раньше и в это время не собираются выходить за пределы роли домохозяйки. Им не удастся разрешить задачи, которые стоят перед человеком в этом возрасте: обретение автономии и независимости, формирование идентичности, целостного образа «Я», сочетающего различные элементы личности. Женщина может оторваться от родителей, от родительской семьи, но все равно не может стать независимой и самостоятельной: родительские функции (экономические и контроля) берет на себя муж.

Существует несколько возможностей патологической идентификации при такой модели развития: через мужа и его достижения, детей, секс, накопительство.

При идентификации через мужа женщине грозит потеря собственной индивидуальности. Статус приобретает через достижения мужа и обладание вещами,

которые являются символами этого статуса. Другая возможность идентификации — стать матерью. Рождение ребенка придает смысл существованию, служит «доказательством» женской сущности. Поэтому многие неработающие женщины продолжают рожать вновь и вновь, не зная, чем себя занять. Потом, когда дети вырастут и покинут дом, решение проблемы поиска себя и смысла жизни будет еще более трудным. Секс может стать лекарством от скуки и обыденности жизни, но не может быть полноценным средством самоидентификации. Пытаясь утвердиться с помощью секса и не найдя в нем удовлетворения, домохозяйка попадает в замкнутый круг. Часто это приводит к поиску удовольствий на стороне и уходу в мир сексуальных грез. Американские психологи утверждают, что домохозяйки более склонны к изменам, чем работающие женщины.

Кризис тридцатилетия, когда большинство женщин проходит ситуацию переывбора, застаёт женщину с такой моделью поведения совершенно неподготовленной и уязвимой для ударов судьбы: она лишена самостоятельности, пассивна, экономически зависима, не имеет образования, профессии, идентичность ее неопределенна, т. е. не решена предыдущая задача развития. Ожидание возможности создать отношения, приносящие удовлетворение, становится все более тягостным, в основном по внутренним причинам: из-за растущей неуверенности в себе, замедления общего развития, также обременяет экономическая зависимость. И наконец, все больше ощущается пустота в сфере достижений, так как с годами на достижениях фиксируется все больше внимания. Ей кажется, что жизнь потеряла смысл, развивается озлобленность.

Задача развития (идентичность, самостоятельность) осложнена семейными проблемами и отставанием в профессиональной сфере от сверстников. При негативном разрешении кризиса возможна регрессия на предыдущую стадию развития, возрастает риск невротизации.

«Или — или». Эти женщины в двадцать лет должны сделать выбор между любовью и детьми или работой и образованием. Различают два типа таких женщин: одни откладывают мысли о карьере на более поздний срок, но, в отличие от «заботливых», через какое-то время намереваются сделать карьеру; другие стремятся сначала закончить свое профессиональное образование, перенеся материнство, а часто и брачный союз, на более поздний период.

В первом случае преимуществом является то, что женщина получает возможность проделать большую внутреннюю работу, которая поможет ей в дальнейшем точно определить свои приоритеты. В отличие от «заботливых» у таких женщин преодолён кризис перехода от юности к ранней взрослости, определены жизненные цели (семья, работа), заложен фундамент для будущей карьеры. Опасность этой модели развития состоит в том, что при откладывании разрешения кризиса на более поздний срок возможны утеря профессиональных навыков и возросшая конкуренция со стороны сверстников. Содержание кризиса: подавление той части своего «Я», которая жаждет получить профессиональное признание в мире, то есть сделать карьеру. Субъективные ощущения: тревога, смутные опасения; недовольство своей ролью домохозяйки, сопротивление со стороны мужа, который часто не поощряет желание работать.

Исследования группы женщин, выбравших второй тип модели («или — или») (сначала — карьера, потом — роль жены и матери), достаточно малочисленны. Обычно такие женщины являются первенцами в семье, матери не имеют на них влияния. Отцы поддерживают самооценку своих дочерей и становятся ее главным источником. Все респондентки получили высшее образование и в возрасте 25 лет решили отложить материнство и замужество. Типичное содержание кризиса — внезапное осознание того, что у них осталось мало времени, чтобы завести ребенка, ощущение своего одиночества. Женщины начинают посещать врачей, менять партнеров, могут «выскочить» замуж. Проблема в том, что независимой, достигшей определенного положения женщине трудно найти равного партнера, мужчины обычно «опасаются» их. Поиски могут затянуться на неопределенное время, и женщина может не создать семью. Среди не вышедших замуж

можно выделить группу, которая выбрала новые задачи развития, и ту, которая задачи кризиса не разрешила.

Выделяется также группа женщин, которым удается сбалансировать взаимность с индивидуальностью. Они сначала делают карьеру, затем вступают в брак и становятся матерью к тридцати годам. Г. Шихи называет такой вариант наиболее эффективным. Преимущество такой модели в том, что она позволяет планировать события и женщина более подготовлена к переходу тридцатилетия: созданы «интимные отношения» — семья, есть карьерные достижения. Все большее количество женщин откладывают материнство на поздний срок. Кризис в этом случае обычно состоит в том, что «биологические часы» говорят женщине, что она может не успеть стать матерью, она начинает давить на мужа, который может быть не готов стать отцом. Задача стать матерью становится основной. Проблемой может стать и то, что женщине трудно родить ребенка — часы «пробили» слишком поздно. Многие находят выход, взяв приемных детей, в заботах о племянниках и племянницах.

«Интеграторы». Пытаются сочетать брак и материнство с карьерой. Содержание кризиса: женщина чувствует усталость, подавленность задачами, вину перед мужем и детьми, ей постоянно приходится жертвовать то семьей, то карьерой, чтобы все успеть. По мнению некоторых исследователей, женщина может совместить обе эти роли только к тридцати пяти годам. Часто женщины не выдерживают таких нагрузок и в результате или на какое-то время, пока не подрастут дети, отказываются от работы, или отказываются от брака, воспитания детей. Другие находят более позитивный выход: перераспределяют домашние обязанности с мужьями, работают на дому, используя современные средства связи, неполный рабочий день, прибегают к помощи няни. Современные модели семьи и прогресс во взглядах общества предполагают много возможных вариантов позитивных выходов при такой модели. Новая структура жизни — временно неработающий или работающий неполный рабочий день отец, «воскресный» отец, заботящийся о детях в выходные и праздники, позволяющий женщине стать зрелой личностью: дать ей возможность «любить и работать» (Фрейд, 1993). Подобные отношения в брачных союзах могут дать женщине возможность соединить все стороны своего существа.

«Женщины, которые никогда не выходят замуж», включая нянь, воспитателей и «офисных жен». Некоторые женщины из этой группы гетеросексуальны, другие являются лесбиянками, а третьи отказываются от половой жизни. Некоторые незамужние женщины становятся общественными работниками, нянями-гувернантками, воспитателями для сирот и детей с замедленным развитием. Они направляют свои созидательные способности на заботу о детях всего мира. Однако есть и такие женщины, которые становятся «офисными женами», готовыми исключить любые другие привязанности, чтобы посвятить свою жизнь известным людям.

«Неустойчивые». В двадцатилетнем возрасте выбирают непостоянство, путешествуют по жизни, меняя место жительства, занятия и сексуальных партнеров. Женщина, выбравшая такую модель поведения, предпочитает никак не определяться в жизни: не имеет постоянного заработка, семьи, профессии, часто бродяжничает и обладает, как правило, незрелой личностью, не готова «любить и работать», имеет низкую самооценку, живет сегодняшним днем, не задумываясь о будущем (Виткин, 1996). Содержание кризиса: к тридцати годам женщина устает от «вольной жизни», перед ней встает проблема дальнейшего самоопределения, поиск себя в мире взрослых и приобретение профессии. По сути, она должна решить проблемы и юношеского, и тридцатилетнего периода. Если задачи, связанные с предыдущим периодом развития, не решены, они могут усложнить или наложиться на задачи следующих периодов. В крайних случаях развитие может задержаться до такой степени, что человек окажется не в состоянии войти в следующий период. Он чувствует, что его задавили новые задачи, в то время как он борется со старыми, могут появиться психические заболевания, человек потеряет свою дорогу в жизни или будет искать смерти. Часто женщины этой категории

входят в группу риска: ведут асоциальный образ жизни, для них характерно деструктивное поведение, употребление алкоголя и наркотиков. При негативном исходе эти проблемы обостряются, женщина «застревает» на юношеской стадии.

Модели поведения мужчин.

Неустойчивые. Не желают или не способны наметить твердые внутренние ориентиры в двадцатилетнем возрасте и продолжают эксперименты молодости. Это люди, способные только на ограниченные эмоциональные переживания. Они хватаются то за одно, то за другое дело, ничего не доводя до конца. У них нет четкого представления о том, какая профессия их привлекает. Они не стремятся к постоянству — по крайней мере, в двадцатилетнем возрасте.

Содержание кризиса: люди, принявшие такую модель поведения, плывут вниз по течению и разрушают себя. Они как бы путешествуют автостопом по дороге жизни, не разрешая себе узнать, что же они на самом деле чувствуют. Внутренний опыт этого периода развития хаотичен, а внешняя структура неустойчивости, вероятно, будет сохраняться на протяжении шести-семи лет. У некоторых людей, следующих такой модели поведения, продолжение экспериментов юности носит позитивный характер — в том случае, если это помогает формировать основу для дальнейшего выбора. В целом люди, которые начинают с неустойчивой модели поведения, около тридцати лет ощущают сильное желание установить личные цели и привязанности (хотя вовсе не обязательно женятся). Некоторые мужчины к середине жизни остаются в периоде моратория, все еще нащупывая пути отождествления своей личности и ощущая внутреннюю неясную потребность определиться в своих целях.

Замкнутые. Это наиболее распространенная категория. Они мирно, без кризисов и самоанализа, намечают твердые ориентиры в двадцатилетнем возрасте. Люди, которые придерживаются такой модели поведения, надежны, но легко подавляемы. В поисках ранней стабильности они часто не подвергают серьезной оценке систему ценностей, которая находится в основе их целей.

Содержание кризиса: в тридцать лет они могут начать сожалеть о том, что не использовали свои ранние годы для исследований. Те же, кто имеет смелые взгляды, может использовать переход к тридцатилетнему возрасту для разрушения шаблонного «чувства долга», если карьера, которой они добивались, их уже не устраивает.

Вундеркинды. Подвергают себя риску и играют на выигрыш, часто веря, что, как только они достигнут вершины, их неуверенность в себе исчезнет. Вундеркинд обычно рано добивается успеха. Примечательна его реакция на все другие представления о развитии взрослого человека. Он поверит в них только в том случае, если они позволят ему пройти наверх. Он действительно раньше, чем его сверстники, преодолевает тяжелые профессиональные испытания, хотя не всегда достигает вершины или остается на вершине, достигнув ее. Он думает только о деле, и у него очень рано стирается граница между работой и личной жизнью.

Содержание кризиса: они боятся признаться себе, что не все знают. Они боятся подпускать кого-нибудь слишком близко к себе. Боятся остановиться и потратить время на борьбу с внешними трудностями, которые кажутся им непреодолимыми. Они боятся, что кто-нибудь может посмеяться над ними, повлиять на них, использовать их слабости и ограничить их до беспомощности маленького ребенка. На самом деле они боятся своего «внутреннего сторожа» — внутреннего образа родителей и других значимых взрослых из их детства. Каждый мужчина-вундеркинд в своих воспоминаниях о юношестве находит человека который заставлял его чувствовать себя беспомощным и не уверенным в себе.

Четыре другие модели поведения являются дополнительными, так как встречаются достаточно редко.

Старые холостяки. Поскольку слишком мало мужчин старше сорока лет никогда не были женаты, по столь малочисленной группе трудно сделать точное заключение.

Воспитатели. Видят смысл жизни в том, чтобы заботиться об общине (священники, врачи-миссионеры), или посвящают себя заботам о семье, хотя обычно это делают жены.

Скрытые дети. Избегают процесса взросления и остаются привязанными к своим матерям, даже став взрослыми.

Интеграторы. Пытаются сбалансировать свои амбиции с искренними обязательствами по отношению к семье, включая разделение обязанностей в заботе о детях и сознательную работу, направленную на сочетание материальной независимости с моралью и полезностью для общества. Подобная внутренняя борьба естественна для людей, находящихся в переходе к тридцатилетнему возрасту. Наверное, нельзя достичь интеграции в жизни до тридцати пяти лет. Такую модель поведения можно выбрать только в том случае, если сильно этого желаешь. Будущий интегратор часто не в силах совладать с противоположно направленными силами. В тот момент, когда обычный мужчина начинает искать новые возможности расширения своего внутреннего мира, интегратору необходимо еще освобождаться от старого багажа. С раннего детства он привык решать задачи на основе математической модели. Он приспособлен к жизни в такой среде, где чувствам предпочитают факты, а компетентность ценится выше человеческих взаимоотношений, и хорошо адаптируется в современном постиндустриальном обществе, в котором следует выполнять правила, подчиняться системе и твердо стоять на ногах, нужно быть безразличным и рационалистичным.

5. Психилогигиена пожилого и старческого возраста

В обществе существует стереотипное восприятие старости, с одной стороны, как периода отдыха, с другой — угасания и, может быть, даже полусуществования. Поэтому само словосочетание «развитие в старости» может показаться странным. Однако поздняя взрослость играет специфическую роль в системе жизненного цикла человека, поскольку только в этот период можно понять и объяснить жизнь данного человека как целое, ее смысл и ценность для предшествующих и последующих поколений.

С точки зрения теории Э. Эриксона, конечной стадией жизненного цикла является психосоциальный конфликт «целостность против отчаяния» (Эриксон, 1996). Основная потребность в этом периоде — убедиться в ценности прожитой жизни. Человек должен оглянуться назад и пересмотреть свои достижения и неудачи. Соответственно фокус внимания должен сдвинуться от будущего к прошлому. Это становится возможным только тогда, когда успешно завершались предыдущие стадии. Поздняя взрослость характеризуется достижением новой, завершенной формы эго-идентичности и цельности. Достижение человеком цельности основывается на подведении им итогов своей прошлой жизни и осознании ее как единого целого, в котором уже ничего нельзя изменить. Если человек не может свести свои прошлые поступки в единое целое, он завершает свою жизнь в страхе перед смертью и в отчаянии от невозможности начать жизнь заново.

Вопрос о ведущей деятельности в период поздней взрослости остается открытым для обсуждения и изучения. А. Лидере считает, что ведущей деятельностью человека в период поздней взрослости является особая «внутренняя работа», направленная на принятие своего жизненного пути. Пожилой человек осмысливает не только текущую, но и всю прожитую жизнь. Плодотворная, здоровая старость связана с принятием своего жизненного пути. Для пожилого человека практически исчерпаны возможности серьезных изменений в его жизненном пути, но он может бесконечно много работать со своим жизненным путем внутренне, в идеальном плане.

Специфика кризиса «встречи со старостью» во многом определяется итогом кризиса, переживаемого, как правило, в период окончания трудовой деятельности. Наличие «кризиса выхода на пенсию» подтверждается большинством исследователей психологии периода поздней взрослости. Во время данного кризиса человек осознанно или неосознанно осуществляет выбор своей стратегии старения. Во многом истоки этого выбора лежат в более ранних возрастах, и, хотя кризис старости предоставляет человеку

еще одну возможность выбора, в реальной действительности эта возможность может человеком не замечаться.

Первая стратегия предполагает возможность дальнейшего прогрессивного развития личности человека. Она осуществляется при тенденции человека как к сохранению старых, так и к формированию новых социальных связей, дающих ему возможность ощущать свою общественную пользу. Вторая — стремление человека прежде всего сохранить себя как индивида, т. е. осуществить переход к деятельности, направленной на «выживание» его как индивида на фоне постепенного угасания психофизиологических функций. Возможность развития при такой стратегии ограничена.

За выбором стратегий старения стоит поиск смысла и цели последующей жизни. Старость с ее уменьшением жизненной перспективы, резким изменением социальной ситуации как бы испытывает на прочность имеющуюся у человека структуру смысла жизни — иерархию различных жизненных ценностей.

Первой, конструктивной стратегией старения будет соответствовать сохранение структуры смысла жизни, хотя главный, ведущий смысл иерархии может измениться. Это происходит при гармоническом взаимодействии основных и второстепенных элементов иерархической структуры. Важно отметить, что главный компонент этой иерархии является хотя и ведущим, но лишь одним из элементов, испытывающим влияние других ее составляющих. Вторая, деструктивная стратегия старения характеризуется так называемой распадающейся структурой смысла жизни, когда структурная иерархия во многом перестает существовать, а главный смысл распадается на ряд малых смыслов. В этом случае ситуация может субъективно восприниматься как потеря смысла жизни вообще.

Успешной адаптации к старости препятствуют и объективные трудности:

- Необходимость поисков и опробования новых жизненных ролей. У людей, которые ранее отождествляли себя с семейными или социальными ролями, может наблюдаться потеря «Я» или же ролевое смешение.
- Нарушение связи между человеком и обществом вследствие ухода с работы, ухода из жизни друзей и близких, ограничения физической активности. Если предыдущим жизненным рубежам соответствовало постепенное расширение круга общения (детский сад, школа, вуз, работа), то в старости, наоборот, наблюдается его сужение.
- Динамике предыдущего жизненного пути было присуще также постоянное расширение круга обязанностей человека перед обществом. Теперь же общество ставится в позицию должного человеку. Возникает опасность переложить на общество ответственность за свою жизнь и принять жизненную позицию «мне все должны», которая мешает мобилизации внутренних ресурсов для успешного приспособления к поздней взрослости.
- Поздняя взрослость — это период наибольшей насыщенности стрессами: половина из наиболее стрессовых жизненных ситуаций — выход на пенсию, смерть близких родственников, потеря работы и др. — приходится чаще всего на этот период. Существующая в обществе установка на старость как на период «заслуженного отдыха» и покоя способствует тому, что пожилой человек психологически не готов и не обучен переживать такого рода стрессы.
- Большинство людей ожидают от собственной старости слабости, дряхлости, социальной бесполезности. Многие испытывают страх перед собственной беспомощностью.

Кризисное состояние у пожилых людей может проявляться по-разному. Труднее всего допустить в сознание мысль о конечности своей жизни, что часто проявляется в неприятии самого факта наступления старости, стремлении рассматривать ее проявления как симптомы болезни, которые, как и всякая болезнь, могут исчезнуть. Поэтому так много времени тратится на лечение, соблюдение предписаний врачей. Иногда борьба с болезнями становится основным занятием человека. В этом случае возможны сверхценное

отношение к медицинским препаратам и ипохондрическая фиксация на своих болезненных ощущениях.

В этот период почти, половина людей испытывает специфическое расстройство настроения — возрастно-ситуационную депрессию. Для нее характерно чувство пустоты, ненужности, отсутствие интереса к чему-либо. Остро переживается одиночество, которое может быть только переживанием, а не фактическим одиночеством.

Общий уровень страхов у пожилых людей значительно возрастает. Происходит усиление страхов, связанных с нарастающей беспомощностью и процессами увядания функций собственного организма. Кроме того, проявляются иррациональные страхи (например, страхи перед нападением, преследованием), моральные страхи (дать отчет о смысле собственной жизни). Следующее, что можно отметить, — это либо категорическое избегание пожилыми людьми темы смерти, либо постоянное обращение к ней в форме «скорей бы умереть». Вследствие снижения основ внешнего признания (социального статуса, материального достатка, внешнего вида) существенным аспектом кризиса у многих пожилых людей является снижение притязаний на признание. У тех людей, для которых значимость внешних показателей признания выше, чем внутренних, возникает угроза разрушения «Я», снижения самооценки. Необходимо отметить и то, что пожилому человеку приходится по-новому организовывать свое время. Раньше жизнь во многом регламентировалась внешними обстоятельствами, в особенности работой. Теперь человек остается наедине с самим собой, что для многих тяжело и непривычно.

Хорошее самочувствие в пожилом возрасте опирается на сохранение некоторого объема трудовой деятельности. Труд отвлекает от болезненной сосредоточенности на физиологических и патологических изменениях своего организма и повышает интерес к внешнему миру. От того, в какой мере сохранена возможность посильного труда и общения с внешним миром, зависит не только общее самочувствие и настроение, но и уверенность в себе старых людей.

✓ Более половины всех ушедших на пенсию людей отмечают ухудшение самочувствия. Поэтому если переход на пенсию неизбежен, его следует осуществлять не резко, а постепенно, ибо жизненный тонус и хорошее эмоциональное состояние зависят от сохранения и поддержания трудовых стереотипов и привычных форм общения в трудовом коллективе. Многие пожилые люди, относясь к себе с повышенной требовательностью, не учитывают — работоспособность человека старшего возраста, его производственная значимость оцениваются не только его индивидуальной производительностью, но и по тому полезному влиянию, которое он оказывает на окружающих, поскольку его труд сочетается с передачей опыта и знаний молодым. Чрезвычайно важным представляется его особенно добросовестное, эмоционально окрашенное отношение к труду. Пожилой человек рассматривает свой труд как самооценку: само преодоление трудностей дает ему положительно окрашенное ощущение одержанной победы во имя жизни и здоровья.

Когда в связи с выходом на пенсию лишается работы человек, для которого она составляла весь смысл жизни, он оказывается перед лицом старости психически безоружным. Резкое изменение всего склада жизни, невзирая на снятие нагрузки, может привести к ухудшению психического здоровья, поскольку подобная перемена может обернуться стрессовой ситуацией. Для предотвращения подобных последствий желательно изменить психическую ориентацию специалистов, связанную с их нежеланием менять свое высокое должностное положение. Они предпочитают лучше остаться совсем вне производственной сферы, чем потерять престиж. Даже отдавая себе отчет в необходимости сохранения частичной нагрузки, но, страшась утраты достигнутой позиции, они

ищут работу на новом месте. Разумнее преодолевать этот психологический барьер и искать пути перехода к менее ответственному и более простому труду по возможности на прежнем месте работы, так как всякий переход сопряжен с изменением стереотипа, что может потребовать слишком больших усилий.

Ничто так не разрушает человека, как сознание исключенности из жизни, отсутствие будущего. Борьба за знания, деньги, славу, власть — за все то, что может пригодиться в будущем, — как считают пожилые, теперь бессмысленна, ибо будущего больше нет... Тогда они пытаются создать из своей прошедшей юности нечто вроде утраченного рая, превратив ее в неиссякаемый источник ностальгических сожалений. Действительно, возможность жить прошлым имеет то преимущество, что практически не оставляет времени, чтобы проявить интерес к настоящему. Концентрируясь на прошлом и повернувшись спиной к настоящему, можно не опасаться случайностей.

Когда в качестве основной стратегии достижения источника радости человек погружается в свое прошлое, то он теряет будущее, перестает развиваться как личность, одновременно ослабляются его связи с современностью и современниками. Все труднее становится ему находить с ними общий язык, а это, в свою очередь, способствует дальнейшей утрате контактов с детьми, молодежью, жизнью. Тем самым человек обрекает себя на одиночество в период, когда ему совершенно необходимы дружеские и родственные связи. В том случае, когда он связывает свои радости с будущим своих детей, учеников или своего труда, он сохраняет себе перспективу развития как личности, а вместе с тем и духовную молодость. Поддерживая и укрепляя контакты с молодежью, сопереживая их поражениям и победам, он завоевывает их уважение и любовь и вместе с тем завоевывает для себя активную жизнь.

В этом возрасте возникает особо острое ощущение уходящего времени. Поэтому жаль впустую истраченных часов, и человек становится все более разборчивым к видам деятельности, так как лишь некоторые доставляют ему радость. Все труднее ему мириться с незавершенными делами, с тем, что все дела нельзя сделать одновременно, что одно достижение дается ценой многих других. Пережить все это можно, только проявив интеллектуальное мужество. Мысль, что надо выбирать то, что сделать удастся, — весьма мучительна, т. к. надо увидеть свои усилия в широком контексте, позволяющем соотнести их с вещами, совершенно не интересующими нас в данный момент. Главную ценность и наибольшую радость доставляет старому человеку время, которое он сам наполняет содержанием.

Для пожилых людей, желающих сохранить бодрость, надо все время конструировать значимые и по возможности долговременные перспективы. Эти перспективы настраивают на долгую жизнь и психологию и физиологию. Поэтому, например, селекционеры и творцы живут дольше. Строительство дома, посадка сада, воспитание внуков, творчество, разные формы приобщения к искусству — все эти виды деятельности связаны с мировосприятием перспективы. А пожилые люди способны заглянуть в далекое будущее. Одна из причин этого — необъятные просторы пережитого, оставшегося позади, другая причина — понимание непреходящих ценностей, тех, которые определяют гармонию жизни.

Тема 7. Психогигиена обучения и воспитания

- 1. Стрессогенные факторы, связанные с обучением и воспитанием ребенка.**
- 2. Адаптация к обучению в школе.**
- 3. Психогигиена студентов. Адаптация к обучению в вузе.**
- 4. Формирование психогигиенических позиции педагога**

1. Стрессогенные факторы, связанные с обучением и воспитанием ребенка.

Школа, составляющая социальную среду, в которой дети находятся в течение значительной части времени, нередко создает для них психологические трудности. По данным конференции ВОЗ (1978), для детей школа оказывается причиной четырех комплексов проблем.

Первый из них связан с поступлением в школу и возникает из-за перехода от игры к труду, от семьи к коллективу, от нестесненной активности к дисциплине. При этом степень трудности приспособления ребенка к школе зависит от того, насколько домашняя обстановка отличалась от школьной и в какой мере ребенка готовили к учебе.

Второй обусловлен необходимостью приспособляться к давлению, оказываемому на школьника требованиями учебного процесса. Нажим родителей, учителей, одноклассников тем сильнее, чем более развито общество и сознание необходимости получения образования.

Третий комплекс проблем — «технизация» общества, требующая усложнения учебных программ (компьютеризация резко увеличивает трудности освоения школьных знаний). Ситуация еще больше усложняется, если ученик страдает задержкой развития, дислексией, нарушением двигательных функций или воспитывался в условиях социальной депривации, в неблагоприятной социально-культурной среде. Ухудшает положение ребенка «наклеивание на него ярлыка больного», так как отношение к нему в соответствии с диагнозом меняется, а ответственность за его успешную учебу перекладывается с педагогов на медиков; в связи с этим школа нередко стремится избавиться от такого «неполноценного» ученика. Трудная судьба может постигнуть плохо адаптированного, не достигшего функциональной готовности к учебе, медленно усваивающего материал или соматически ослабленного ребенка.

Четвертый связан с присутствием в школе элемента соревнования, ориентацией на высокие показатели в учебе. Отстающих детей осуждают, относятся к ним враждебно. У таких учеников легко развивается самопораженческая реакция и негативное представление о собственной личности: они смиряются с ролью неудачников, неуспевающих и даже нелюбимых, что препятствует их дальнейшему развитию и увеличивает риск возникновения психосоматических расстройств.

К школьным стрессовым ситуациям можно добавить отсутствие дружеских отношений или неприятие детским коллективом, проявляющееся в оскорблениях, издевательствах, угрозах или принуждениях к той или иной неприглядной деятельности. Следствием неспособности ребенка соответствовать настроениям, желаниям и деятельности сверстников становится почти непрекращающееся напряжение в отношениях. Серьезной психотравматизацией может стать смена школьного коллектива. Причина этого кроется, с одной стороны, в потере старых друзей, а с другой — в необходимости подлаживаться к новому коллективу и новым педагогам. Большой проблемой для ученика становится негативное (враждебное, пренебрежительное, скептическое) отношение учителя или несдержанное, грубое, излишне аффективное поведение невоспитанного, невротичного или личностно измененного воспитателя, пытающегося справиться с детским коллективом только «с позиции силы».

Пребывание в закрытых детских учреждениях — круглосуточных яслях, домах ребенка, детских домах, интернатах, больницах или санаториях — представляет для психики ребенка и его тела большое испытание, особенно в младшем возрасте. В этих учреждениях воспитывает постоянно сменяющаяся большая группа людей, а не один-два

родственника. Естественно, к такому калейдоскопу лиц маленький ребенок не может привыкнуть, привязаться, почувствовать себя защищенным. Это приводит к постоянной тревоге, страху, беспокойству.

Родительское воспитание при определенных условиях может быть неблагоприятным, когда ребенок воспитывается одним родителем, приемными родителями, отчимом или мачехой, родственниками, чужими людьми, а также родителями при непостоянном с ними проживании. Воспитание в неполной семье, в частности, становится неблагоприятным в том случае, когда воспитывающий родитель чувствует себя несчастным и, замыкаясь в семье, не способен создать своему сыну или дочери необходимые условия для формирования позитивных чувств и удовлетворения от жизни.

Благополучие семьи определяется не только особенностями родителей, но и социальной поддержкой окружающих, с которыми сложились гармоничные, доверительные отношения. Сами дети много получают от общения за пределами семьи. В то же время социальная изоляция семьи может стать фактором риска для ребенка, так как она противодействует его контактам с окружением. Обособление семьи обычно возникает как следствие психических заболеваний, личностных отклонений родителей или их ригидных предпочтений, резко отличающихся от принятых в окружении. Родительская гиперопека, которая мешает ребенку поддерживать отношения с другими людьми и научиться самостоятельно принимать решения, становится преградой развитию независимого поведения, способствует инфантилизации. Чрезмерно опекающий родитель принимает решения за ребенка, защищает его даже от незначительных или воображаемых трудностей вместо того, чтобы помочь преодолеть их. Это приводит ребенка к зависимости и препятствует формированию у него ответственности, приобретению социального опыта за пределами семьи, изолирует от других источников социальных влияний. У таких детей возникают трудности в общении с окружающими, у них велика опасность невротических срывов и психосоматических расстройств. Неадекватная родительская забота или неправильное руководство поведением ребенка, выражающееся в явном его несоответствии возрастным потребностям и окружающей среде, не обеспечивают его необходимой защитой от попадания в психологически неблагоприятные ситуации. Этот тип воспитания проявляется тем, что родители, как правило, не знают, где находится, что делает их ребенок, они не понимают его нужд, трудностей и подстерегающих его опасностей, не способны своевременно и эффективно помочь ему.

Семья обеспечивает ребенка жизненным опытом. Родители стимулируют его развитие с помощью разнообразных игр, занятий, посещений вместе с ним парков, музеев, театров, библиотек. Беседы с ребенком развивают его речь и мышление, расширяют кругозор. Недостаточное общение ребенка с родителями, отсутствие совместных игр и занятий не только ограничивает возможности развития, но и ставит его на грань психологического риска.

Психические нарушения, личностные отклонения или инвалидность одного из членов семьи представляют для ребенка потенциальный риск психосоматического расстройства. Это может быть связано, во-первых, с генетической передачей ребенку повышенной ранимости, и, во-вторых, с влиянием психических расстройств у родителей на жизнь в семье. Их раздражительность лишает ребенка покоя, чувства уверенности. Их страхи могут стать причиной ограничения детской активности. Их бредовые и галлюцинаторные переживания могут пугать детей и даже стать причиной посягательства больных родителей на здоровье и жизнь детей. Нервно-психические расстройства могут лишить родителей способности заботиться о ребенке. В-третьих, из-за идентификации с родителями ребенок, так же как и они, может переживать тревогу или страхи. В-четвертых, может нарушаться гармония семейных отношений [Rutter M., 1984].

Психическая инвалидность, сенсорный дефект (глухота, слепота), тяжелая эпилепсия, хроническое соматическое заболевание (например, бронхиальная астма с

частыми и длительными приступами), угрожающее жизни заболевание (например, рак) родителя делают его неспособным обслуживать и воспитывать ребенка, вести хозяйство, что, безусловно, нарушает благополучие ребенка и создает риск для его психосоматического здоровья. Определенное значение в этом смысле имеет инвалидность брата или сестры. Эти состояния психической или физической неполноценности родителей или родственников оказывают влияние на ребенка в связи со следующими обстоятельствами:

- из-за явной социальной стигматизации (например, ребенок стыдится своего инвалида-родителя, не приводит к себе домой товарищей);
- из-за недостаточной заботы и надзора за ребенком со стороны больного родителя;
- из-за изменений родительских чувств привязанности и снижения ответственности, вызванных неспособностью понять детские трудности и расстройтва;
- из-за семейных разногласий и напряжений;
- из-за социально неприемлемого поведения;
- из-за ограничений ребенка в активности и контактах.

Внутрисемейные отношения оказываются нарушенными, если имеют место антагонистические взаимодействия и взаимоотношения между членами семьи, что приводит к неблагоприятным последствиям для социального и эмоционального развития ребенка. Эти конфликтные отношения связаны с нарушением формирования семьи, хотя механизмы, посредством которых они влияют, еще недостаточно изучены. Некоторые из внутрисемейных вредностей прямо действуют на отношения ребенка с членами семьи, другие создают общую неблагоприятную семейную атмосферу, в которой ребенок должен воспитываться.

Ребенок может оказаться под воздействием одной, нескольких или всех этих вредностей в одно и то же время. Предполагается, что, хотя способы выражения и пороги проявления чувств варьируются в зависимости от культуры, недостатки и искажения в этих областях сходны в любых обществах. Все двусторонние взаимоотношения людей зависят от поведения каждого из них. Варьируя по степеням, нарушенные внутрисемейные отношения могут возникать отчасти как результат реакций, отношений или действий самого ребенка. В каждом отдельном случае часто бывает трудно судить о его действительном участии во внутрисемейных процессах. Оценка степени нарушения семейных отношений должна делаться только на основе изменений поведения других членов семьи, безотчетливо к роли ребенка, который своим поведением в ответ на семейные неурядицы может ухудшать семейный психологический климат. К частным случаям нарушенных семейных отношений относят недостаток теплоты в общении между родителями и ребенком, дисгармоничные отношения между родителями, враждебность к ребенку, жестокое обращение с ребенком, сексуальные злоупотребления. Явный недостаток положительных чувств по отношению к ребенку со стороны родителя выражается обычно в том, что последний не проявляет эмоциональной теплоты во время вербального или невербального общения, не способен создать для него физический комфорт. В этих случаях родитель обращается к ребенку отстраненным или бесчувственным тоном, не проявляя сколько-нибудь значительного интереса к тому, чем он занимается, не сопереживая его трудностям, редко поощряя и одобряя. Детское поведение, связанное с переживаниями, встречается с раздражением и обычно пресекается. Дисгармоничные отношения между взрослыми (родителями и другими членами семьи) обычно проявляются ссорами или постоянной атмосферой тяжелого эмоционального напряжения, являющегося результатом натянутости отношений. В результате этого поведение отдельных членов семьи становится неуправляемым и враждебным, упорно сохраняется атмосфера жестокого отношения друг к другу. После особенно тяжелых конфликтов некоторые члены семьи подолгу не общаются друг с другом или стремятся покинуть дом. Враждебность некоторых родителей проявляется в постоянном возложении ответственности на ребенка за чужие проступки, что фактически

превращается в психическое истязание. Другие подвергают ребенка систематическим унижениям и оскорблениям, подавляющим его личность. Они награждают ребенка негативными характеристиками, провоцируют на конфликты, агрессию, незаслуженно наказывают. Жестокое обращение с ребенком или физическое истязание его родителями опасно не только для соматического, но и для психического здоровья. Систематические и безжалостные наказания приводят к кровоизлияниям, ожогам, переломам, что не проходит бесследно, а вспышки агрессии потерявшего самообладание родителя ставят на карту жизнь ребенка. Сочетание боли, соматических страданий с переживаниями обиды, страха, негодования, отчаяния и беспомощности из-за того, что самый близкий человек несправедлив и жесток, может привести к психосоматическим расстройствам.

Не проходят для ребенка бесследно сексуальные злоупотребления в семье. Принуждение к половой жизни, развратные действия, совращающее поведение родителей, отчима или мачехи, братьев или сестер, других родственников или друзей семьи, как правило, сочетаются с серьезным неблагополучием в семейных отношениях. В этой ситуации ребенок оказывается беззащитным перед сексуальными злоупотреблениями, его переживания страха и обиды усугубляются неотвратимостью происходящего, безнаказанностью обидчика и противоречивыми чувствами обиженного к нему.

2. Адаптация к обучению в школе.

Серьезным испытанием для ребенка во многих случаях оказывается поступление в ясли, детский сад или школу, к которым ребенка следует основательно подготавливать. Рассмотрим возможные профилактические вмешательства на примере подготовки к школьной жизни. В настоящее время семья стала нуклеарной, т. е. состоящей из родителей и детей, чаще одного, и в связи с этим у ребенка, ограниченного рамками семьи, меньше возможности приспособиться к жизни в обществе вне дома, особенно если ребенок не посещал детсад. «Неорганизованным» детям в первую очередь следует рекомендовать принимать большее участие в детских группах; это можно сделать и на игровых площадках, и в процессе коллективных игр, организуемых родителями. Большое значение имеет подготовка ребенка к школьной программе. При этом важны не только уровень интеллекта и минимум знаний, но и, может быть, в большей мере, характерологические свойства, которые нуждаются в оценке у каждого начинающего учебу. Своевременное выявление личностно-характерологических возможностей детей и дошкольников могло бы предотвратить отрицательные реакции тех, кто из-за незрелости, безответственности, неорганизованности, безынициативности или неустойчивости еще не готов к учебе и в связи с этим может пострадать от невыносимых для него условий школьной жизни. У детей же, по своим характерологическим особенностям еще не готовых к школе, желательно в семье или в дошкольных детских учреждениях специально воспитывать необходимые для организованного обучения качества. Многие дети к шести годам уже способны освоить школьную программу, однако переход от детского сада к учебе в классе не должен быть резким. Такой постепенный переход от игры в учебу в дошкольном детском учреждении предупредит возникновение характерологических реакций у многих первоклассников.

В процессе оценки среды, в которой находится ребенок, может помочь знакомство с учителем начальных классов, так как его личность нередко играет решающую роль в предупреждении или возникновении поведенческих срывов у детей. Понимая, что педагог должен обладать сочувствием, теплотой, ясностью выражения своих мыслей, мы едва ли затруднимся в выводах о роли данного учителя в адаптации ученика к новым социальным обязанностям.

Эксперты ВОЗ (1975) рекомендуют для постепенного приобщения детей к школе:

1. Обязательное посещение детьми 5 и 6 лет дошкольных учреждений.
2. Проведение в течение недели во время каникул знакомства со школой.
3. Продление обучения на два года, а не оставление неуспевающих на второй год.

4. Обучение детей начальных классов одним и тем же учителем в течение ряда лет.
5. Присутствие родителей в первые дни в классе вместе с ребенком.
6. Прикрепление более старшего ученика к каждому вновь поступившему, чтобы руководить его действиями в течение некоторого времени.

Наряду с этими рекомендациями следует предложить детям повышенного риска специальные программы для обучения, наладить большую связь школы с жизнью и повысить ответственность школьного медицинского персонала за выполнение всех рекомендаций, касающихся поступления детей в школу. Все это представляется важным для профилактики нарушений поведения у детей младшего школьного возраста, в особенности — с органической неполноценностью, с акцентуированными или психопатическими чертами.

Оценивая возможности психопрофилактики вообще и нарушений поведения в частности, приходится считаться с материально-бытовыми условиями семьи. Трудные жизненные условия семьи оказывают отрицательное влияние на ребенка в нескольких направлениях. В таких условиях ребенком обычно занимаются меньше, усилия семьи недостаточны для подготовки к школьной жизни, для облегчения его общения с целью помочь в овладении школьной программой. Как правило, нет достаточного разнообразия в игровом материале, в оснащении всем необходимым для выработки навыков чтения, письма и счета. Все это и нередко царящая в таких семьях напряженная психологическая атмосфера делают таких детей весьма уязвимыми, так как они оказываются мало сведущими, менее умелыми в общении, без достаточной домашней помощи. Ребенок из подобной ситуации должен зачисляться в группу риска, требующую помощи и постоянного наблюдения. Нередко наилучшим решением оказываются общие оздоровительные мероприятия. Наряду с этим необходима большая воспитательная работа с родителями, которые во многих случаях не хотят, а не знают, как помочь своему ребенку, или не видят его трудностей. Привлечение других организаций для укрепления материально-бытового благополучия может оказаться существенным для улучшения жилищных условий, характера работы родителей, получения предоставляемых государством дополнительных льгот и благоприятно скажется на психическом здоровье ребенка.

В детских группах нередко находятся дети не только из семей разного культурного уровня, но и разных национальностей. К сожалению, это может сказаться на психическом благополучии некоторых детей в тех коллективах, где воспитатель или учитель не сумеет индивидуализировать подход и требования, а детям низкого культурного уровня или плохо понимающим язык основной популяции придется постоянно переживать чувство неполноценности или даже вины. Не исключено, что последнее может вызвать характерологический и личностный протест со стороны ребенка, нарушить его приспособление. Не меньшее значение может иметь и отношение сверстников, которые, «воспитывая» или дразня отстающего, еще больше затрудняют его положение. Тактичное и умелое вмешательство способно скорректировать позицию воспитателя, а вместе с ним и отношение всего детского коллектива.

Даже легкое отставание, недостигающее выраженной задержки психического развития, у тормозимого, чувствительного, пугливого, необщительного ребенка может стать не только препятствием в освоении учебного материала, но и причиной характерологической реакции (протеста). Не всегда легко разобраться в том, что является основной причиной срыва адаптации: уровень интеллекта, черты характера или и то, и другое в равной мере. Чаще всего приходится иметь в виду последнее, и направлять профилактические усилия на стимулирование развития и на коррекцию личностных особенностей. Акселерация, помимо определенных соматических трудностей, таит в себе опасность психологических осложнений. Чрезмерно крупные в сравнении со сверстниками дети переживают свою некоторую неуклюжесть, внешнюю измененность, а главное — резкое отличие от сверстников, тем более, если становятся объектом

насмешек. У детей с астеноневротической, сенситивной (чувствительной), психастенической, истероидной акцентуацией это может вести к характерологической реакции. Защитить акселерированных детей можно лишь совместными усилиями педагогического персонала, медиков и родителей. Необходимо для блага как ускоренно, так и замедленно развивающихся детей широко разъяснять им и ровесникам понятия о развитии, о различных темпах созревания, о психологических особенностях разных детей. Сказанное относится и к неравномерно (асинхронно) развивающимся детям, возможно с тем дополнением, что они нуждаются в еще большей психотерапевтической защите.

3. Психогигиена студентов. Адаптация к обучению в вузе.

Актуальность исследований психического здоровья студентов определяется наличием стрессогенных факторов в студенческой среде, таких как ситуации экзаменов, периоды социальной адаптации, необходимость личностного самоопределения в будущей профессиональной среде и др. Переживаемый стресс и его последствия составляют серьезную угрозу психическому здоровью индивида. Особенно это относится к молодежному и студенческому периоду в жизни человека, когда личностные ресурсы кажутся неисчерпаемыми, а оптимизм по отношению к собственному здоровью преобладает над заботой о нем. Сильная ориентация на переживание настоящего, высокая мотивация достижений вытесняют из сознания студента возможные опасения, связанные с последствиями длительного стресса. Студенческий возраст характеризуется многообразием эмоциональных переживаний, что отражается в стиле жизни, исключая заботу о собственном здоровье, поскольку такая ориентация традиционно приписывается старшему поколению и оценивается молодым человеком как «непривлекательная и скучная». В это время ограничены также способности к релаксации и отдыху в силу тех же убеждений в неисчерпаемости собственных физических и психических ресурсов. Период активного вхождения в новую социальную среду сопровождается действиями, направленными на получение признания и высокого статуса в группе студентов-ровесников. При этом используются различные средства, не всегда отвечающие профилактике здоровья (никотин, алкоголь, наркотики). Попытки завоевания своего места среди ровесников часто связаны с рискованным поведением, желанием любой ценой добиться этого признания.

Идентификация со средой деятельности. В исследовании причин студенческого стресса часто отмечается, что одна из них — недостаточная идентификация со студенческой средой, восприятие ее как чуждой, иногда даже враждебной. Особенно это замечается у студентов-первокурсников, впервые столкнувшихся с новыми, отличными от школьных, требованиями. Анонимность студента-первокурсника особенно остро ощущается иногородними студентами, оторванными от дома семьи, переживающими трудный процесс приспособления к новым условиям жизни. Необходимую помощь в преодолении этого негативного явления может оказать психологическая служба вузов, предоставляя различного рода консультации помощь в организации учебной деятельности.

Одним из механизмов идентификации со средой деятельности становится чувство когерентности (Sense of Coherence, SOC) — описанное в концепции психического здоровья Антоновского [1]. Согласно концепции автора, оно связано с положительной оценкой возможностей разрешения проблемной ситуации, выработкой эффективных стратегий ее преодоления, положительной жизненной установкой

Чувство когерентности складывается из трех основных компонентов:

1. понимания ситуации (comprehensibility) как меры предсказуемости ее развития;
2. способности к преодолению стрессовых ситуаций, осознания возможности управления ходом событий (manageability) как проявление личностной социальной компетентности индивида;

3. переживания значимости и смысла ситуации (meaningfulness), т. е. восприятие собственной жизни как полной смысла и значения, приводящее к активному поиску решения трудных ситуаций.

Исходным пунктом планирования профилактики стресса в студенческой среде может быть концепция Антоновского, подразумевающая восприятия ближайшего окружения как доброжелательного, имеющего высокое личностное значение, ожидание положительного подкрепления, антиципация положительных эффектов своей деятельности расширяют социально-психологическую компетентность индивида и снижают опасность появления симптомов выгорания. Целью психологической профилактики стресса в студенческой среде является формирование умений активного преодоления стресса, формулирования близких и далеких целей деятельности, повышение самоконтроля и регуляции собственной активности, способности к поддержанию необходимой дистанции по отношению к профессиональной среде.

Направления деятельности психологической помощи можно представить в форме некоторых вопросов, которые необходимо решить совместно со студентами для выявления трудностей и проблемных ситуаций:

1. Что является для меня самой большой нагрузкой во время обучения: ситуации с другими людьми, конфликты, трудные предметы?

2. Какие потребности и интересы я проявляю в этих ситуациях? Что препятствует мне в их реализации?

3. Какими возможностями я располагаю для уменьшения нагрузки в ситуациях обучения?

4. Могу ли я изменить свою установку по отношению к трудным ситуациям? Если да, то каким образом?

5. Что я переживаю в таких ситуациях?

6. Как я обычно выхожу из подобных ситуаций?

7. Могу ли я представить себе другие возможности для их разрешения?

8. Были ли у меня раньше такие ситуации, как я выходил из них?

9. Когда я могу приступить к поиску стратегии преодоления трудных ситуаций?

10. Какие конкретные шаги я должен предпринять в этом направлении?

Социальную поддержку (support) в обобщенном виде можно определить как всяческую помощь, оказываемую индивиду средой в трудных ситуациях. Сюда относятся прежде всего проблемные ситуации, ситуации стресса, критические жизненные события и т. д.

Социальная поддержка состоит из трех основных элементов:

1. Эмоциональная поддержка: взаимопонимание, эмпатия, положительное подкрепление.

2. Помощь в решении проблем: непосредственная: выполнение работы за кого-либо; - опосредованная: помощь при решении проблем, совместный анализ проблемы, предоставление советов и информации в случае потребности и выраженного желания с другой стороны.

3. Социальная поддержка со стороны конкретных лиц, гарантирующая чувство безопасности, стимулирующая активность индивида, дающая возможность отвлечься от переживания трудной ситуации.

Социальная поддержка со стороны близкого окружения может принимать различные формы: совета, необходимой информации, эмоционального сопереживания, беседы, совместных действий. Исходя из самого определения понятия, поддержка означает взаимную помощь, т. е. включает в себя совместное действие. Можно говорить о различных видах поддержки: формальной и неформальной. Первая предполагает ряд мер, направленных на обеспечение студенческой деятельности: библиотека, стипендии, кураторы и т. д. В большинстве западных университетов функционируют специально

созданные консультационные пункты для студентов, помогающие им разрешить проблемы, связанные с организацией студенческой жизни.

В рамках проблематики стресса и психического здоровья на первый план выступает второй вид поддержки — неформальная социальная поддержка. Сюда относится, прежде всего, поддержка со стороны самих студентов, а также преподавателей.

4. Формирование психогигиенических позиции педагога

В условиях реформирования образования выполнения задач учебно-воспитательного процесса требует определенного уровня здоровья и работоспособности ученика. Формирование психогигиенических позиции педагога ведь именно педагог в условиях оптимизации учебно-воспитательного процесса с целью сохранения психического здоровья ученика должен использовать знания физиологии, гигиены, психологии учебной деятельности.

Ведь без знания основных психофизиологических особенностей и закономерностей развития ребенка достаточно трудно достичь высокого учебно-познавательной деятельности и оптимальной работоспособности на каждом этапе обучения.

Личность педагога - инструмент педагогического воздействия на учащихся и воспитанников, что обуславливает необходимость постоянного движения до вступления его новых уровней совершенства. Поэтому от личности учителя и уровня его профессиональной подготовки во многом будет зависеть формирование, сохранение и укрепление физического, психического и духовного здоровья детей.

В современных социально-психологических исследованиях на этом особо подчеркивают И. Д. Зверева, Л. Г. Коваль, С. Р. Хлебик: "Одна из центральных идей народной педагогики - идеал совершенного человека. В этом образе создается своеобразный идеал человека, который вбирает в себя лучшие черты личности. В то же время - это конечная цель воспитания и самовоспитания каждого члена общества "Все это свидетельствует, что учитель для общества - олицетворение мудрости и морали.

Общепедагогические позицию учителя и роль в ней личности как его профессионального инструмента можно определить так: "Школьное воспитание, равно как и преподавание, обуславливается постановкой преподавания, личными качествами и характером учителя. Первое место, разумеется, занимает любовь к делу и учеников, потом стоит строгое выполнение обязанностей и точность даже в мелочах, далее - справедливость".

Еще в конце 20-х годов XX века Ф. Д. Загубиним были сформулированы психогигиенические показания к педагогической профессии, которые не утратили своей актуальности и сегодня. К ним относятся:

физические качества педагога: хорошее, крепкое здоровье, достаточно громкий, выносливый голос, имеет свойство не уставать, не менять тембра и высоты;

Физические качества педагога: хорошее, крепкое здоровье, достаточно громкий, выносливый голос, имеет свойство не уставать, не менять тембра и высоты;

Психофизические качества: особое выносливость нервно-психической сферы, желаемая точность и равномерность движений, способность к разборчивого вещания, не очень быстрого, с умением приспосабливаться к особенностям воспринимающей аппарата учащихся группы, умение точно выражать свои чувства и представления путем жестов, мимики и изменения голосовых средств ;

Интеллектуально-волевые качества: владение активной вниманием, с большим объемом, с умением концентрировать внимание на одном предмете, не отвлекаясь окружающими впечатлениями, но и умением также, когда это необходимо в педагогическом процессе,

концентрировать внимание сразу на нескольких предметах; большой сопротивляемостью к внушению и отсутствием способности до автоматизма;

Восприятие должно отличаться скоростью и многообразием. Удерживать воспринятого длительное, правильное и глубокий познавательный интерес, способность творчески работать. "Никакими этическими беседами мы не добьемся того, чтобы ученик стремился к знаниям, если весь процесс обучения не побуждать у него внутреннюю потребность в знаниях, напряженную умственную работу", - эти слова Л. В. Занкова всегда должен помнить каждый учитель, каждый руководитель.

Воспроизведение должно быть точное и быстрое. Умение наблюдать за поведением детей и быстро комбинировать, то есть связывать мысли и представления, причем комбинации должны отмечаться целесообразностью, широтой суждений и оригинальностью. Должна быть ясно выраженная способность к абстракции. Фантазия жива, со склонностью к творчеству. Педагог не должен иметь никакой из форм возбудимости нервно-психической сферы и не должен проявлять отрицательных эмоций (он должен уметь унять гнев, иметь чувствительность к боли и лишениям, шумов, запахов, склонность к быстрой смене настроения и т.д.). Ему должно быть присуще преобладание приятных чувств и настроения. Максимум его интересов должен быть направлен на природу, детей и общественные вопросы. Темы работы его быстрый, без признаков усталости, с умением использовать упражнения;

Чувственная сфера: важно уметь умирять любой произвольное движение, особенно связанный с негативными эмоциями. Педагог должен уметь хорошо различать цвета, дифференцировать шумы, различать малейшие колебания температуры кожи.

Приведенные психогигиенические рекомендации к личности педагога определяют его профессиональную позицию по сохранению и укреплению как личного психического здоровья, так и психического здоровья детей и подростков. В связи с этим педагогу особенно необходимы знания по психогигиены.

Теоретические и практические аспекты психогигиены учебно-воспитательного процесса по сохранению и укреплению психического здоровья детей и подростков педагог должен уметь использовать в своей профессиональной деятельности.

Таким образом, психогигиеническая позиция педагога должна формироваться в процессе практической реализации профессиональных установок, направленных на защиту, предохранения индивидуального психического развития личности ребенка.

Каждый учитель должен обладать педагогической техникой, то есть разнообразными приемами, понимать особенности каждого из них и уметь их правильно применять. Именно в технике учителя, по словам известного педагога Л. В. Занкова, проявляется творческая личность, глубокий познавательный интерес, способность творчески работать. "Никакими этическими беседами мы не добьемся того, чтобы ученик стремился к знаниям, если весь процесс обучения не побуждать у него внутреннюю потребность в знаниях, напряженную умственную работу", - эти слова Л. В. Занкова всегда должен помнить каждый учитель, каждый руководитель.

Учитель должен направлять свою профессиональную деятельность не только на учебную деятельность школьников, но и влиять на их интеллектуальный, эмоциональный, умственное и физическое развитие. При этом он должен учиться делать диагностику. И как советует известный педагог А. Я. Савченко, "диагностику учителю следует начинать с самого себя. Это и самоанализ урока, и диагностика в своих возможностях по прогностических и проективных методик и т.п. "Что касается диагностики ребенка, то А. Я. Савченко отмечает:" Диагностика - это не созерцание, а доброжелательное, целенаправленное, выборочное наблюдение за ребенком в разных видах деятельности - это применение различных видов индивидуальных учебных, игровых заданий, освещающих детскую личность".

Сегодня в условиях реализации государственных стандартов в образовании предусматривается рост влияния школы на личность школьника на 60-70%. А это в свою очередь требует использования новых педагогических технологий в учебно-воспитательном процессе. По мнению И. Д. Беха, современная "новая школа должна иметь дело с индивидуальностью, самобытностью личности, поскольку индивидуальность является главным принципом этики и должен выступать руководящим методологическим положением в воспитании и обучении".

Очевидно, что новая школа должна быть носителем педагогики сотрудничества, личностно ориентированной, т.е. такой, когда учитель и ученик самореализуются в совместной работе, в творческом поиске, когда одна творческая личность (учитель) творит иную творческую личность (ученика). Без знаний психогигиены обучения и воспитания невозможно успешно решить эту проблему, ведь только при создании благоприятных условий и комфортном психологическом микроклимате может развиваться личность. В связи с этим перед современной школой стоят такие психогигиенические требования к процессу обучения:

1. Каждый ученик должен быть ориентирован на обучение, то есть знать для чего он учится.
2. Обучение должно осуществляться в условиях физического и психологического комфорта: учиться - удобно, приятно, интересно, нетрудно, ничто не мешает, не отвлекает. Периодически следует менять нагрузку на мускулы тела, чередовать разные типы мыслительных процессов; восприятия с помощью слуха дополнять восприятия с помощью зрения, и возможно, ощущения, обоняния; пассивное обучение (слушать, читать, писать) чередовать с активным (обмениваться мнениями, аналитико-синтетически обрабатывать информацию, создавать).
3. Процесс обучения должен сопровождаться только положительными эмоциями: радость нового знания, достижения успеха, удовлетворения, похвала и т.д.

Таким образом, внедрение новых педагогических технологий, в частности технологии личностно ориентированного обучения и воспитания, требует соответствующей подготовки учителей, в том числе и в области психогигиены.

Тема 8: Психогигиена труда и быта

Основная:

14. Вишнякова Н.Ф. Конфликтология: Уч.пос. – Мн.: Універсітэцкае, 2000.
15. Гехт К. Психогигиена. – М., 1979.
16. Куликов Л. В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: Учебное пособие. – СПб.: Питер, 2004.
17. Лутошкин А.Н. Эмоциональные потенциалы коллектива. – М.: Педагогика, 1988.
18. Семейно-бытовая культура: Пос.для слушателей нар.ун-тов / Под ред.Д.И. Водзинского. – Мн.: Нар.асвета, 1987.
19. Шибко О.Л. Ургентная аддикция как форма аддиктивного поведения личности // Психологический журнал. – 2006. - № 3(11). – С.65 – 68.

Дополнительная:

9. Гришина Н.В. Я и другие: общение в трудовом коллективе. – Л., 1990.
10. Дэна Д. Преодоление разногласий. Как улучшить взаимоотношения на работе и дома. – СПб., 1994.
11. Ефремов К. Эмоциональное выгорание и как с ним бороться // Народное образование. - 2005. - N 3. - С. 118-122.
12. Зигерт В., Ланг Л. Руководить без конфликтов. – М.: Экономика, 1990.
13. Иванова Е.Н. Эффективное общение и конфликты. – СПб, 1997.
14. Каппони В., Новак Т. Сам себе психолог. – СПб.: Питер, 1994.

15. **Киселева, А.** Управление стрессами и развитие работоспособности персонала - залог успеха деятельности организации// Управление персоналом. - 2009. - N 6 (208). - С. 42-45.
16. Лукьянов О. В. Методология и практика психогигиены в мире социальных изменений. Проблематика экзистенциальных опозданий// Психотерапия. - 2007. - N 2. - С. 21-23.
17. Лаврова О. С. Синдром эмоционального выгорания и методы его предотвращения // Работник социальной службы. - 2007. - N 2. - С. 101-116.
18. Медведев А. 40 основных психологических ловушек и способы их избежать. – М.: АСТ, 2006.
19. Полякова О. Б. Быть или не быть: к вопросу об учебном курсе для будущих психологов "Психогигиена и психопрофилактика профессиональных деформаций личности" // Мир психологии. - 2007. - N 4. - С. 174-184. - Библиогр.: с. 183-184 (25 назв.).
20. **Семиздралова, О. А.** Психологическое здоровье педагога и пути его сохранения // Народное образование. - 2010. - N 1. - С. 130-135.
21. Самоукина Н.В. Антистрессовая программа для банковских работников // Прикладная психология. – 1997. - № 1. – С.42 – 63.
22. Симеонова Л. Человек рядом... – М., 1989.
23. Сулимова Т.С. Социальная работа и конструктивное разрешение конфликтов. – М., 1996.
24. Шаленко В.П. Конфликты в трудовых коллективах. – М., 1992.

1. Актуальные проблемы психогигиены труда

Рабочее место – один из важнейших средовых факторов, определяющих наше физическое и психическое здоровье. Наша профессиональная жизнь претерпевает значительные и постоянные изменения. Примерами изменяющегося характера современной производственной жизни могут послужить широкое использование информационных и коммуникационных технологий и расширение обслуживающего сектора. Другие примеры такого рода включают большую распространенность саморегулируемых и бригадных видов работы, изменения в характере трудоустройства, сокращение штатов, заключение договоров на выполнение работы с внешними фирмами и субподрядчиками, глобализация.

Новые формы управления, такие как поставки в строго установленные сроки и работа организаций/предприятий с максимально сокращенным кадровым составом, предъявляют к работникам более высокие требования в плане их навыков и выполняемых ими функций, а также необходимости работы по сменам и в вечернее и ночное время. Параллельно с этими изменениями в характере работы также происходят старение населения и увеличение доли женщин и иммигрантов в рабочей силе европейских стран, что также влечет за собой ряд последствий. Все эти изменения в рабочей жизни людей представляют новые проблемы с точки зрения психического здоровья и благополучия населения.

Какое влияние работа оказывает на психическое здоровье? Влияние работы на психическое здоровье людей носит сложный характер. С одной стороны, работа – это источник личного удовлетворения и достижений, межличностных контактов и финансовой безопасности, которые являются необходимыми условиями хорошего психического здоровья. Отсутствие работы или безработица, с другой стороны, могут оказывать негативное воздействие на наше психическое благополучие. У лиц, оставшихся без работы, в два раза возрастает риск развития депрессивных симптомов и клинической депрессии по сравнению с лицами, продолжающими работать. С другой стороны, при плохой организации труда и в случаях, когда работа по устранению рисков на рабочих местах недостаточно эффективна, работа может оказывать неблагоприятное влияние на наше психическое здоровье и благополучие.

Связанный с работой стресс – это возможная реакция организма, когда работа предъявляет к людям требования, не соответствующие уровню их знаний и навыков, в результате чего они оказываются неспособными успешно выполнять свои служебные обязанности. Стрессовые факторы могут относиться к содержанию работы, рабочей нагрузке и месту работы, организации рабочего времени, степени участия в процессе принятия решений и возможности воздействия на этот процесс.

Большинство причин стресса относятся к характеру организации работы и управления производственными процессами. Другие источники стресса могут относиться к возможности служебного роста, статусу и оплате труда, роли работников в рамках организации, межличностным взаимоотношениям, организационной культуре и неадекватной сбалансированности служебной и личной жизни.

Стресс оказывает различное влияние на разных людей. Он может стать причиной насилия на работе или формирования зависимости (курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, сексуальная распущенность, пристрастие к азартным играм, зависимость от современных технологий). Стресс может привести к психологическим проблемам, таким как раздражительность, неспособность концентрироваться, сниженная способность к принятию решений или нарушение сна. Долгосрочный стресс или травматические события на работе могут стать причиной развития психического заболевания (тревога и депрессия), приводящего к временной или даже постоянной нетрудоспособности.

Связанный с работой стресс также связан с физическими болезнями и проблемами со здоровьем, такими как инфаркт миокарда, гипертензия, язвы, головная боль, боль в районе шеи и спины, кожная сыпь и низкая сопротивляемость инфекциям.

Стрессы могут оказывать неблагоприятное воздействие на деятельность организации в силу таких причин, как большое число отпусков по болезни и высокая текучесть кадров, дисциплинарные проблемы и небезопасная производственная практика, а также слабая приверженность работе, низкая производительность, напряжение и конфликты между коллегами. Помимо этого из-за стрессов страдает имидж организации – как среди ее работников, так и за ее пределами, а также повышается вероятность того, что ее работники, находящиеся в состоянии стресса, будут возбуждать судебные иски.

Еще одним феноменом, характерным для многих рабочих мест, является психическое насилие, причиной которого является ухудшение межличностных отношений и организационные дисфункции. Одной из наиболее распространенных форм психического насилия на работе является “моббинг” (или буллинг), который можно охарактеризовать как регулярную травлю сотрудника или группы сотрудников, что создает риск для здоровья и безопасности этих лиц. Моббинг, как правило, означает злоупотребление властью по отношению к людям, неспособным защитить себя. Что касается индивидуальных проявлений моббинга, то они могут включать социальное исключение, распускание слухов, унижение, натравливание коллег против жертвы, насмешки, сексуальные домогательства, распространение ложной информации, угрозу насилия, словесные оскорбления.

В разработанном ВОЗ Европейском плане действий по охране психического здоровья подчеркивается важность того, чтобы на рабочих местах предпринимались меры для улучшения психического здоровья людей. Для уменьшения числа проблем психического здоровья, связанных с работой, государственные органы власти, учреждения и работодатели могут предпринять меры по минимизации воздействия на здоровье работающего населения стресса, связанного с работой, и других психосоциальных рисков, а также по улучшению доступа к работе и обеспечению социальной интеграции лиц с проблемами психического здоровья.

К этим мерам относятся следующие: учет различных аспектов охраны психического здоровья в национальных стратегиях, законодательных актах и программах, относящихся к гигиене и безопасности труда, а также в стратегиях корпоративного управления. Также важно, чтобы все работающие, и особенно подвергающиеся высокому риску, имели

доступ к службам гигиены труда, способным разрабатывать и осуществлять эффективные меры защиты психического здоровья.

Возможности для охраны и укрепления психического здоровья на рабочих местах следует развивать с помощью таких подходов, как оценка риска и управление стрессовыми и психосоциальными факторами, подготовка персонала и повышение информированности. За аспектами психического здоровья, относящимися к работе, следует осуществлять мониторинг, разработав для этого соответствующие показатели и методики.

В настоящее время имеется острая необходимость в разработке и осуществлении национальных, отраслевых и учрежденческих стратегий для ликвидации связанной с психическими расстройствами дискриминации в отношении трудоустройства, а также для усиления мер, направленных на реинтеграцию, реабилитацию и профессиональную подготовку лиц, страдающих от психических проблем, равно как и адаптацию рабочих мест и рабочей практики с учетом особых потребностей таких лиц.

2. Психогигиена умственного труда.

Профессор Е.С.Жариков дает следующие советы по психогигиене умственного и управленческого труда.

1. Смена ориентаций. Неудача, постигшая человека в достижении какой-то важной цели, приводит к неврозу, если не происходит гибкой смены установок и переключаемости целей, включение творческой поисковой активности, оптимизирует психическую работоспособность.

2. Умение обесценивать недостигнутое. Снижение уровня притязаний, сознательное принижение значимости потери или снижение ее ценности способствует решению психопрофилактических задач и оптимизации эмоционально-напряженной деятельности.

3. Мысленное "проигрывание" возможной неудачи. Профилактическое осмысление возможной неудачи и ее последствий нейтрализует в известной степени психотравмирующие переживания.

4. "Коррекция масштаба переживаний". Этот термин заимствован из методики групповой психотерапии неврозов (С.С.Либих), где в процессе коллективного взаимодействия и групповой "проработки" с применением "рикошета" или "зеркальной техники" вырабатывается "взгляд со стороны", уменьшающий тревожность и нейтрализующий преувеличенные опасения. При индивидуальной работе по самовоспитанию возможно мысленное представление степени психотравмирующих обстоятельств, которые при сравнении с реальными событиями не кажутся столь катастрофическими как в "первом приближении".

5. Релакс-пауза. Навык мышечного расслабления, приобретаемый посредством тренировки, способствует снятию эмоционального перенапряжения с помощью краткой "релакс-паузы".

6. Доверительное общение выступает как стабилизатор психического состояния в случае возможности поделиться своими эмоциональными (переживаниями).

7. Имаготренировка представляет собой мысленное воспроизведение положительных образов или приятных переживаний прошлой жизни, представления будущего благополучия, вытесняющие неблагоприятные эмоции переживания.

Умение отделять служебные отношения от личных является профилактикой неадекватных взаимоотношений, ведущих к конфликту между педагогом и учащимся, руководителем и подчиненным, врачом и больным. Все указанные приемы психорегуляции повышают стрессоустойчивость и способствуют оптимизации совместной деятельности.

Значительный шаг вперед представляет введение собеседований, которые ставят своей целью обследования, выявляющие сильные и слабые стороны в особенностях личности. Такие обследования крайне желательны при приеме в вузы, особенно специализированные. В идеальных условиях поступлению каждого работника на тот или другой вид работы должно предшествовать обследование, имеющее целью профориентацию—указание для работника наиболее пригодной для него по его способностям профессии.

Исследования, которые ведутся в различных психотехнических лабораториях, возникших сначала на Западе, выросли из практических потребностей подобрать для отдельных профессий наиболее подходящих работников и больше преследовали интерес повышения производительности труда. Но поскольку они способствуют тому, чтобы каждый человек становился на свое место и получал работу, которая требует от него возможно меньшего напряжения, они имеют большое значение и с точки зрения охраны психического здоровья. В лаборатории Штерна, Меде и Пиорковского в Германии, в институтах имени Обуха и Охраны труда в СССР, в лаборатории Шпильрейна разрабатываются методы для определения лиц, наиболее подходящих для работы шоферов, вагонновожатых, летчиков и пр. Методы определения особенностей интеллектуальной одаренности проф. А. П. Нечаева и проф. Г. И. Россолимо в той модификации, которая делает возможным одновременное исследование группы в нескольких десятках испытуемых, имеют особенно большое значение, так как могут в смысле получения опорных пунктов для указания наиболее подходящего рода деятельности быть пригодными в массовом масштабе. Конечно существующие методы еще недостаточно точны, чтобы давать вполне несомненные выводы, но ориентировочного значения за ними отрицать нельзя. Во всяком случае необходимо стремиться к тому, чтобы жизнь человека и ось его существования—труд—более или менее точно соответствовали его силам и особенностям. Исследование, которое должно предшествовать такому указанию жизненного пути, должно учитывать и особенности физического здоровья. У каждого, даже вполне здорового в общем человека наряду с сильными сторонами могут быть и слабые: некоторые органы от рождения могут быть менее крепкими и при интенсивном напряжении могут скорее других оказаться недостаточными. С другой стороны, далеко ушедшее вперед изучение профпатологии, изучение вредностей, свойственных каждой отдельной профессии, обнаружило очень много интересных данных. Институтом профзаболеваний имени Обуха в Москве, Институтом рабочей медицины в Харькове и другими учреждениями установлено много особенностей, связанных с профессией педагогов, врачей и медперсонала, телеграфисток и телефонисток, различных групп квалифицированных рабочих; выявлено много профвредностей, ведущих к заболеваниям именно определенных систем органов. Поэтому при ориентировке в отдельных случаях на определенную профессию необходимо учитывать не только способности человека, но и его силы, имея в виду грозящие ему вредности. В особенности это относится к труду, требующему большого умственного напряжения. Интеллектуальная работа не есть конечно удел немногих избранных и в большей или меньшей мере доступна каждому, но требуется большая осторожность, если речь идет о том, что всю жизнь человека базой его существования будет напряженный умственный труд. В этом отношении многому могут научить факты патологии. Известно, что многие психозы, в частности раннее слабоумие, особенно часто развиваются в раннем возрасте. Отчасти это объясняется переходным возрастом молодежи, во время которого человек оказывается особенно ранимым во всех отношениях, но дело не только в этом. По отношению ко многим случаям этой группы можно определенно сказать, что если бы юношам и девушкам с отягощенной наследственностью дать иную установку без непосильной интеллектуальной нагрузки, они могли бы совсем и не заболеть.

Опорными пунктами, заставившими подумать в этих случаях о необходимости главным образом физического труда, и если интеллектуального, то не такого напряженного, могли бы служить указания на большую физическую слабость, признаки нервных заболеваний в прошлом, может быть накопление тяжелых психических заболеваний у близких родственников. Менее тяжелы, но более часты и потому может быть особенно доказательны случаи, когда напряженная интеллектуальная работа, связанная с выполнением учебной программы, оказывается непосильной не потому, что речь шла о возможности тяжелого психоза, а вследствие относительной интеллектуальной недостаточности. Блейлер установил понятие об относительном слабоумии для тех случаев психопатических характеров, когда повышенная требовательность и жажда разного рода исканий ставят человека в положение, с которым он не в состоянии в полной мере справиться по условиям своей одаренности. Без всякого отношения к психопатиям в таком положении могут оказаться молодые люди, не страдающие собственно слабоумием, но с ограниченными способностями, которые мешают им идти наравне с другими, вполне одаренными. Не желая отставать от других, они тянутся изо всех сил, надрывают свое здоровье, не успевают в своих достижениях, замечают это и дают различные невротические реакции. В таких случаях изменение условий работы и более простая установка с целями, вполне достижимыми для данного учащегося, могут быстро устранить невротически е расстройства, а более вдумчивое отношение к вопросам нервно-психического здоровья и более осторожный с точным учетом наличных сил выбор профессии могли бы их и предотвратить. Явление того же порядка—учащение в школьные годы редких до того припадков падучей болезни или даже первое появление их именно в этом периоде. Оно также указывает на необходимость точного учета всех особенностей данной психофизической организации при решении вопросов, связанных с выбором профессии, подготовкой к ней, характером и размером учебной программы.

Вопрос о работе, о том или другом виде труда, определяющем направление жизни каждого человека, связан с вопросом о социальной ценности этого труда, и здесь мы естественно входим в область социальных отношений. В условиях современной действительности труд лишь в небольшой степени является самообслуживанием, направленным только на удовлетворение личных потребностей. Он приводит к созданию ценностей, необходимых также для окружающих, для того коллектива, к которому принадлежит трудящийся, в конечном счете для всего государства. Мы видели, как важно для нервно-психического здоровья, чтобы труд давал известное удовлетворение. Несомненно, что наиболее полное удовлетворение дает труд в коллективе и для коллектива. Производительность труда несомненно повышается, когда он ведется сообща, коллективно. Это более или менее давно установлено по отношению к физическому труду. Сумма труда, выполняемого группой трудящихся, не может быть исчислена простым арифметическим сложением того, что делает каждый трудящийся в отдельности. Достаточно вспомнить то, что сообщается в одном рассказе М. Горького о разгрузке артели грузчиков баржи, у которой пробило дно. Артель, объединенная сознанием своего единства, в котором каждый из рабочих чувствовал себя не только не вправе отставать от других, но считал обязанным сделать возможно больше для общих интересов, в короткое время выполнила огромную, казалось бы на первый взгляд непосильную работу. Здесь именно имеет значение сознание общности интересов и одной общей цели, соревнование друг перед другом.

То же относится к интеллектуальной работе; с этой особенностью приходится считаться в педологии.

В настоящее время специалистами много внимания уделяется динамике детского коллектива именно потому, что работа над ним по линии не только воспитания, но и обучения, представляет большие преимущества по сравнению с работой с одиночками.

Экспериментальные исследования разного рода показали, что продуктивность работы отдельного индивидуума повышается, когда она ведется в составе коллектива даже по отношению к более сложной деятельности—задачам на усвоение, на различные вычисления. С точки зрения нервно-психического здоровья чрезвычайно важно повышение продуктивности труда уже по одному тому, что оно дает большое удовлетворение; но еще важнее другое обстоятельство, именно то, что при этом работник чувствует себя членом коллектива, делающим что-то полезное для общих интересов и до известной степени ответственным перед ним. Для получения полного удовлетворения от своей деятельности и от всей своей жизни имеет большое значение сознание своей принадлежности к тому или другому коллективу или, точнее, к коллективам, которые находятся между собой в связи, причем каждый более общий коллектив включает в себя предыдущие как часть примерно в таком порядке: семья, близкие, профсоюз, класс. Если всегда имело место, что одиночка чувствовал себя слабее, беззащитнее и неуютнее, чем организованные группы, то в условиях современной структуры общественных отношений это общее правило оказывается особенно подчеркнутым. Клиника нервно-психических расстройств представляет чрезвычайно много примеров, подтверждающих это правило. Уже в прежнее время, когда психиатрия изучала больного человека вне зависимости его от окружающей среды, было подмечено, что различные болезненные расстройства чаще наблюдаются у лиц, живущих почему-либо одиноко и лишенных поддержки своих близких.

События войны и революции с колоссальными сдвигами в общественных взаимоотношениях дали еще больший материал по этому вопросу и притом такой, какой относится не к отдельным лицам, а к целым группам и классам. Эти новые факты установили особенно отчетливо, что нервно-психическая заболеваемость индивидуума находится в тесной зависимости от положения того коллектива, к которому он принадлежит. Яркие доказательства этого дала еще мировая война. В первое время в русских армиях, успешно наступавших на австрийском фронте, сравнительно мало было нервнобольных, и контузии редко вели к невротическим картинам, с которыми в таком изобилии пришлось знакомиться впоследствии. По мере ухудшения положения дела число их стало быстро расти в прямом соотношении к поражениям и отступлениям. Особенно велико было количество нервнобольных, в частности так называемых травматиков, в частях, которые сильно пострадали. Октябрьская революция произвела глубокие сдвиги в общественных взаимоотношениях, пробудила классовое сознание в различных группах рабочих, служащих и крестьян и в то же время деклассировала некоторые группы, утратившие при новом строе свое значение. Как показали некоторые специальные работы, например А. «Б. Залкинда, число нервнобольных особенно велико среди этих деклассированных элементов, бывших военных и служителей культа, бывших торговцев, лиц, живших на нетрудовые доходы.

В деле устранения невротических расстройств громадную роль играет создание для невротика приемлемой и достижимой цели в жизни. Удастся перевоспитать его, создать ему новую установку на здоровую деятельную жизнь, убедить его в полной возможности достигнуть намечаемых и важных для него целей—и выздоровление становится очень легким. Так и с нервно-психическим здоровьем вообще. Если жизнь человека окрашена удовлетворяющей его и обеспечивающей работой, если он сознает свою связь с коллективом и знает, что его собственная работа необходима этому коллективу и всему обществу, ему легче переносить различные жизненные невзгоды и сохранить свое нервное здоровье. При таких условиях во всем коллективе будет меньше больных и отсталых, и он сможет дальше придвинуться к конечной цели—переустройству жизни на новых началах. Слабые и больные члены коллектива мешают максимальной производительности его работы, однако устранение их не должно производиться путем механического выбрасывания как ненужного балласта. Для работника, отдающего свои силы на пользу общества, крайне важно быть убежденным, что он обеспечен на случай старости и

болезни, что старость с ее болезнями и инвалидностью будет, как это было выдвинуто в качестве одного из пожеланий на гигиенической выставке в Дюссельдорфе, не устрашающим призраком, а приятным «вечером жизни». В современных условиях в этом отношении осталось еще много тяжелого, и на пути к конечной цели—созданию оптимальных условий работы—предстоит положить еще очень много усилий.

Промышленная психогигиена

Что касается психогигиенической работы на предприятиях и в вузах, то планомерное осуществление ее является самым существенным звеном в системе диспансеризации. Понятие диспансерной помощи впервые возникло на Западе и в американском и французском понимании означает главным образом особый вид амбулатории, где не только лечат, но и дают советы психогигиенического характера, где ведется санпросветительная пропаганда, а иногда оказывается и социальная помощь. Такого типа невро-психиатрический диспансер имеется например в Париже при больнице St. Anne. Работа ведется здесь целым рядом выдающихся специалистов; руководит ею Тулуз. В Германии много лет уже существуют особые пункты помощи нервно- и душевнобольным—Beratungsstellen, имеющиеся например во Франкфурте-на-Майне. У нас зачатки предупредительной работы, которую по теперешней терминологии нужно было бы назвать диспансерной, имелись еще до войны. В Москве работу этого рода вели районные психиатры, которые не только лечили больных в своих амбулаториях, но вели общий учет пациентов своего района, следили за их состоянием лично или при помощи особых надзирательниц. В последнее время они работают как сотрудники районных диспансеров и функции их еще больше расширены, именно в сторону различных видов социальной помощи, облегчения жилищной нужды, оказания юридической помощи и пр. Во всех этих случаях однако психиатрическая работа ведется с теми пациентами, у которых уже имеются ясные признаки нервных изменений, заставляющие их прибегать к медицинской помощи. Иными словами, объектами этой работы становятся пациенты, которых приводят к врачу родственники, или они сами чувствуют себя настолько больными, что ищут врача. Но имеет чрезвычайно большое значение, что идеи переписей, которыми были воодушевлены русские психиатры еще до войны именно потому, что при этом можно было надеяться помочь всем, кому это нужно, вылились за последнее время в особую систему диспансеризации, которая наиболее полно и планомерно проводится Мосздравотделом. При этом берутся на учет целые группы трудящихся, рабочие определенных категорий и отдельных учреждений, и производится обследование здоровья во всех направлениях, включая и нервно-психическую сферу. Результаты этого обследования заносятся в особый санитарный журнал, который дает возможность регистрировать и дальнейшие изменения в здоровье диспансеризованных. Результаты обследования кладутся в основу дальнейшей работы, которая ведется отчасти по лечебной, а больше по профилактической линии. Зарегистрированные пациенты в случае надобности после добавочных специальных исследований направляются для лечения в соответствующий стационар или амбулаторию, особую диететическую столовую, общий или нервный санаторий, ночной санаторий и т. д. Чрезвычайно важны при этом два момента. Во-первых, таким путем удастся установить самые начальные явления туберкулеза, сифилиса, заболеваний сердца, сосудов и других органов. Ввиду того что лечение именно в таких случаях дает особенно хорошие результаты, предотвращается возможность более тяжелых расстройств, которые в дальнейшем могли бы принять неизлечимую форму. Ясно, что при таких условиях работа лечебного характера по отношению к расстройствам, которые при объективном исследовании были уже несомненны хотя субъективно не ощущаемы, является в сущности профилактикой по отношению к тем грозным признакам неизлечимых страданий, первые, так сказать, сигнальные признаки которых были установлены при исследовании в порядке диспансеризации. Во-вторых, что самое важное,—при этом изучается не болезнь как что-то отвлеченное, а живой человек со всеми его взаимоотношениями, с условиями работы,

быта и всей окружающей средой. Это дает возможность не только лечить, но и устранять из жизни то, что является вредным и что дало уже известные болезненные отклонения. По отношению к рабочим разных предприятий изучаются условия производства, устанавливается то вредное, что свойственно данной профессии и работе в той конкретной форме, как она ведется на отдельном предприятии. Если прибавить, что при этом изучаются также жилищные условия, особенности питания и вообще весь быт, то естественно, что таким путем можно получить чрезвычайно много данных для профилактической работы. Известно, как часто причина болезни лежит в условиях работы, быта и всего жизненного уклада, в частности в незнакомстве с самыми элементарными требованиями гигиены и санитарии. Точное выяснение всего того, что является вредным для здоровья,—первый этап для активной работы за устранение установленных вредностей. В этой работе психиатр должен идти рука об руку с работниками других специальностей. Если проявления различных болезней необычайно разнообразны и требуют участия специалистов разных категорий, в том числе и психиатров, то корни их одни и те же, именно дурные условия жизни, инфекции, главным образом сифилис и туберкулез, интоксикации, прежде всего алкогольная, психический травматизм и пр. В профилактической работе поэтому должен быть единый фронт и не может быть такого дробления да специальности, как в вопросах исследования и лечения.

В профилактической работе большую роль играют и должны играть профилактические амбулатории и диспансеры. Наиболее полно развернули свою деятельность туб- и вендиспансеры. Деятельность их крайне существенна не только потому, что она идет по линии оздоровления населения вообще, но и потому, что она чрезвычайно много дает для нервно-психического оздоровления населения. Туберкулезная интоксикация сама по себе ведет к различным проявлениям нервности, но кроме того имеются определенные корреляции между туберкулезом и невротическими, главным образом истерическими, реакциями, между туберкулезом и шизофренией. В частности можно говорить об особой картине шизоидирования, появлении без наличия соответствующих компонентов в наследственности и в препсихотической личности особых признаков, усиливающихся при обострении туберкулезного процесса и дающих большое внешнее сходство с шизоидной психопатией. Еще более определены и давно уже прочно установлены корреляции между сифилисом и заболеваниями нервной системы. Здесь речь может идти не только о прогрессивном параличе помешанных, составляющем приблизительно 1/10 всех душевных заболеваний, и о различных других заболеваниях на почве сифилиса, но и о некоторых формах эпилепсии, церебрального артериосклероза, очень многочисленных случаях врожденного слабоумия, а также многих случаях невротических реакций, для которых сифилис, как и другие инфекции, создает особо благоприятную почву, как бы создает физическую готовность мозга реагировать именно таким образом. Если устранить из жизни человечества только туберкулез и сифилис, то как много будет сделано по части его нервно-психического оздоровления! С другой стороны, так как это—болезни в точном смысле слова социальные и чисто бытовые, т. е. зависят от причин, устранимых путем соответствующей радикальной перестройки жизни, понятно, какие широкие перспективы оказываются здесь перед профилактикой. В этой борьбе за народное здоровье, которая в значительной мере может быть названа атакой на старый быт, диспансеры играют роль форпостов, центров активной борьбы с социальными болезнями и за создание таких жизненных условий, которые исключили бы самую возможность их возникновения. Такое значение в частности имеют и невро-психиатрические диспансеры.

В СССР наиболее полно развил свою деятельность диспансер при Институте невро-психиатрической профилактики Наркомздрава как лучше обеспеченный лечебными средствами, различными специальными лабораториями и научными силами. Этот диспансер является показательным, и по его образцу устроены аналогичные учреждения в

других городах: в Ленинграде, Харькове, Горьком, Перми и т. д. Диспансер прежде всего должен давать квалифицированную помощь в консультативном и лечебном направлении. Он должен быть оборудован всем необходимым для точного установления болезни и ее лечения. Но диспансер не должен быть только амбулаторией, хотя бы и высококвалифицированной. Он должен сам вести диспансерную работу на определенных группах работников и отдельных предприятиях, изучать вредности, свойственные отдельным профессиям, изучать самую методику диспансерной работы. Одной из главных его обязанностей является также самая активная пропаганда психогигиенических сведений. При этом она должна вестись не только в диспансере, но и на самих предприятиях, с которыми устанавливается связь через комиссии охраны труда, комиссии оздоровления труда и быта (котибы), здрав- и санячейки.

Соединение в деятельности диспансера лечебной и социальной помощи с психогигиенической пропагандой нужно считать не случайным, чисто механическим смешением, объясняемым недостаточно полной организацией собственно лечебных учреждений, стационаров и амбулаторий, а чем-то органически необходимым и соответствующим интересам дела. Психосанитарная пропаганда тогда в особенности будет успешна, когда будет подкрепляться чем-нибудь реальным, польза чего очевидна. Психогигиенические сведения, усваиваясь как что-то теоретическое, не обладают особенно большой действенной силой. Различные санитарные мероприятия также действуют сравнительно медленно и не дают таких непосредственных результатов, чтобы значение их было несомненно и для лиц, не получивших особенного образования. В этом отношении непосредственная польза, полученная в диспансере от лечения, в смысле быстрого устранения долго длившихся и тяжелых болезненных явлений, дает особенно большой эффект. Она поднимает авторитет диспансера в целом, увеличивает доверие к его работникам не только тогда, когда они выступают собственно в качестве врачей, но и как пропагандисты. При таких условиях легче усваиваются и психогигиенические сведения, приобретая особую значительность.

На невро-психиатрических диспансерах до известной степени лежит также обязанность готовить персонал, вполне владеющий методами диспансерной работы, и прежде всего врачей, которые могли бы руководить этой работой в различных пунктах на местах. Конечно прежде всего это относится к диспансеру при Наркомздраве, организованному по инициативе Л. М. Розенштейна. Особые курсы усовершенствования врачей, регулярно организуемые при нем, несомненно имеют большое значение. На нем же лежит обязанность разработки различных более общих вопросов, подготовка законопроектов, касающихся душевнобольных.

Психогигиеническая работа на предприятиях должна начинаться с изучения производства и составления психосанитарных характеристик с учетом особенностей отдельных цехов и обращением особого внимания на наиболее вредные цеха. Вместе с тем на основании данных здравпункта на предприятии, с которым в тесном контакте должна вестись вся работа, выясняется заболеваемость по отдельным цехам. Особенно большое значение имеет работа со здоровыми. К ней относится участие в медицинском осмотре всех поступающих и в распределении их по цехам, работа по рационализации условий труда. Особенным объектом психогигиенической работы должны быть бракоделы, прогульщики, часто подвергающиеся профессиональной травматизации, с целью выяснения причин этих явлений и изменения в случае надобности условий производства. Сюда же нужно отнести длительно и часто болеющих как с целью оказания лечебной помощи, так и для выяснения вопроса, не кроется ли за этим каких-нибудь неправильностей в самой работе.

Тема 9. Психогигиена семьи и половой жизни

Психогигиена половой жизни молодежи из Исаева.

Психогигиена половой жизни в браке. Характеристика семьи. Гармонизация семейных взаимоотношений. Психологический климат в семье.

Виды неблагополучных семей: неполная, созависимая, «алкогольная» семьи. Влияние неблагоприятной семейной обстановки на развитие ребенка. Выбор правильной копинг-стратегии при решении семейных проблем как психопрофилактическое мероприятие.

Любовь и интимно-брачные отношения. Чувственный и личностный компоненты любви. Психопатология любви и брака, ее предупреждение.

Основная:

20. Бубнов Ю.М. Социология половых различий и супружеской совместимости. – Мн.: Право и экономика, 1996.
21. Влади В., Капустин Д. Гармония семейных отношений. – Мн.: Выш.школа, 1988.
22. Де-Анжелис Б. Секреты семейного счастья. – М.: ЭКСМО, 2006.
23. Кочетов А.И. Начала семейной жизни. – Мн.: Полымя, 1989.
24. Кузнецов М.Т. Введение в психогигиену любви и брака. – Мн.: Беларусь, 1992.
25. Курпатов А. Любовь и измена. – М.: ОЛМА-пресс, 2006.
26. Семейно-бытовая культура: Пос.для слушателей нар.ун-тов / Под ред.Д.И. Водзинского. – Мн.: Нар.асвета, 1987.

Дополнительная:

25. Афанасьева Т.М. Семья. – М.: Просвещение, 1985.
26. Герасимович Г.И. Советы врача молодоженам. – Мн.: Беларусь, 1986.
27. Кузнецов М.Т. В поисках формулы любви. – Мн.: Бел.наука, 1997.
28. Лабиринты одиночества / Под ред. Н.Е. Покровского. – М., 1989.
29. Любовь, брак, семья. Афоризмы и изречения. / Сост. Н.Я. Соловьев, Т.П. Гаранина. – Мн.: Университетское, 1987.
30. Нойберт Р. Новая книга о супружестве. – Волгоград, 1983.
31. Фромм А. Азбука для родителей. – СПб., 1991.
32. Ялом И. Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы. – М., 1998.

Тема 10. Психогигиена больного человека

- 1. История учений о психологии больного**
- 2. Формирование внутренней картины болезни у детей**
- 3. Человек и боль. Лечение и лекарства.**

1.История учений о психологии больного

Переживания личностью страданий известны и давно описаны. Знаменитые врачи прошлого М. Я. Мудров, Г. А. Захарьин, С. П. Боткин, В. М. Бехтерев, Н. М. Филатов ориентировали на необходимость лечения больного, а не только симптомов болезни. Они требовали понимания личности больного и учета ее особенностей в процессе диагностики и лечения. Многие специалисты изучали влияние болезни на психологическое состояние пациентов. При этом каждый из них по-своему понимал механизм формирования реакций личности на болезненный процесс. А. Goldscheider (1929) ввел представление об аутопластической картине болезни, которая формируется больным в связи с имеющимися ощущениями и восприятиями соматического расстройства.

А. Р. Лурия (1977) под понятием внутренней картины болезни (ВКБ) подразумевает «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, представление о своей

болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, — весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психологических переживаний и травм». Он выделяет такие типы ВКБ, как адекватная, ипохондрическая, истерическая, анозогнозическая. В рамках ВКБ различают:

- чувственный уровень — комплекс болезненных ощущений;
- эмоциональный уровень — переживание заболевания и его последствий;
- интеллектуальный уровень — представления и знания о болезни пациентом и ее реальная оценка;
- мотивационный уровень — отношение к заболеванию, изменение прежнего и создание нового образа жизни, необходимого для выздоровления (в соответствии с представлениями больного).

Определение ВКБ необходимо не только для понимания психики больного, но и для психотерапии, без которой, по нашему мнению, лечение соматического больного неэффективно.

В последующие годы понимание ВКБ усложнилось. Удалось доказать, что наряду с болезненными изменениями в организме, их сенситивной и интеллектуальной переработкой оформление ВКБ зависит от структуры личности, глубины осознания и переживания болезни. Душевное состояние, возникающее у больного, обозначают различными терминами. Как правило, используемая терминология отражает представления авторов о том, что играет наиболее важную роль в возникновении реакции личности на стресс, вызванный заболеванием. Так, под реакцией адаптации Е. А. Шевалев (1936) и О. В. Кербинов (1971) понимают совокупность механизмов, позволяющих личности преодолевать чувство неполноценности, ограничения возможностей, чтобы лучше приспособиться к проявлениям болезни.

Е. К. Краснушкин (1950) вводит понятие сознания болезни. Оно, по мнению автора, является частью сознания «Я» и зависит от интероцепции, интеллектуального уровня, эмоционального тонуса и состояния высших интегративных функций. Сознание болезни находится в зависимости от личной жизненной ситуации и социальной среды. Этим же термином пользуется Л. П. Рохлин (1972), который полагает, что сознание болезни создается из отражения болезни в психике больного (гнозис болезни), вызванных болезнью изменений психики, реакции личности на нее.

Наряду с попытками осмысления происходящих реакций личности на существующую болезнь, делаются точные, яркие и емкие описания самих переживаний, которые для врача имеют не меньшее значение, чем гипотетические объяснения процессов, происходящих в сознании больного. Так например, К. А. Скворцов (1958) делает заключение, что больной может «держаться выше болезни», «бороться с ней», «не обращать на нее внимание», «диссимулировать, считать ее позором», «полностью покоряться болезни», «становиться ее рабом», «привыкать к ней», трагически переживать.

В последние годы создается модель внутренней картины болезни [Смирнов В. М., 1975; Вассерман Л. И., 1989; Резникова Т. Н., 1976]. В своем конечном виде эта модель представляет функциональную организацию ВКБ в виде единства и взаимодействия двух блоков: внутриличностной структуры, состоящей из множества взаимосвязанных психологических компонентов, и нейрофизиологического базиса, в основе которого лежат церебральные системные механизмы [Резникова Т. Н., 1998]. Это понимание ВКБ основывалось на концепции В. М. Смирнова и Ю. С. Бородкина (1975) об искусственных стабильных функциональных связях, которые формируются независимо от воли и сознания человека без участия его мотиваций и потребностей. По мнению авторов, эта модель облегчает изучение реакции личности на болезнь, прогнозирует ее течение и создает возможности для немедикаментозного физиологического воздействия на различные структуры ВКБ.

2. Формирование внутренней картины болезни у детей

Изучение внутренней картины болезни — наиболее прямой путь к оценке психосоматической ситуации, в которую попадает пациент. Психосоматическая ситуация создается переживаниями, страдающего от соматических нарушений больного. Это не только невозможность играть, учиться, участвовать в любимых занятиях, но и отношение к больному близким родственникам, окружающих взрослых и детей. Более того, психосоматическая ситуация — это череда надежд, разочарований больного по поводу выздоровления и лечения, перспектив жизни и отношений с окружением и, в то же время, это его ропот, попытки защититься, бороться за свой прежний социальный статус, а в некоторых случаях — отчаяние или апатия.

Знания о своем здоровье. Без концепции о здоровье очень трудно создать представление о болезни. Дети 4-9 лет на вопрос «что такое здоровье?» отвечают: «не быть больным», «когда ты был больным, и тебе стало лучше», «когда мы выздоравливаем от простуды». Старшие дети описывают здоровье как переживание приятного состояния: «чувствовать себя превосходно», «когда тебе очень хорошо». Дети знают об ограниченной возможности сохранить здоровье и осознают подверженность людей болезням. Питание рассматривается ими как наиболее важная мера поддержания здоровья и вместе с образом защищающего взрослого фигурирует в детских представлениях о преодолении потенциальной угрозы заболевания. Однако устойчивые представления о вероятности нарушения здоровья дети приобретают лишь к 7 годам.

Предположение о том, что представление о здоровье у детей возникает, главным образом, под материнским влиянием, не оправдалось. Значительным вкладом в формирование детского представления о здоровье являются телевизионные передачи. Изучение нашими сотрудниками представлений о здоровье показывает, что как старшие, так и младшие дети воспринимают его как эмоционально комфортное состояние («хорошо», «радостно», «бодро», «весело»). У детей 9—11 лет — больше ориентировка на соматическое благополучие («ничего не болит»), в старшей группе (12-14 лет) — на социальную активность («все могу делать»). И старшие, и младшие дети считают, что здоровье может быть сохранено. Сохранение здоровья, как это понимают младшие дети, в большей мере зависит от соблюдения режима и гигиены. Старшие придают большее значение спорту и закаливанию. В сохранении здоровья дети обеих групп полагаются на помощь врачей, родителей и друзей-сверстников. Старшие в подавляющем большинстве случаев рассчитывают на помощь вне семьи — в первую очередь, медработников и друзей. Родителей в качестве гаранта здоровья видят в равной мере как старшие, так и младшие, не более 30% всех исследованных детей. На собственные силы рассчитывает лишь очень небольшой процент старших детей. В деле поддержания здоровья младшие дети занимают пассивную позицию, считая, что для этого достаточно подчиняться требованиям взрослых («слушаться врачей и родителей»). Старшие уже понимают необходимость большой личной активности для сохранения своего здоровья. К таким средствам они относят соблюдение диеты, следование требованиям режима, исполнение гигиенических правил, регулярное закаливание и физические упражнения.

В построении ВКБ участвует весь приобретенный опыт и особенно опыт ранее перенесенных болезней. Жизненный путь ребенка невелик, ему труднее, чем взрослому, сопоставить актуальную ситуацию с ранее пережитыми обстоятельствами, обобщить имеющиеся сведения и использовать их для понимания переживаемого. С возрастом это удается все лучше, а потому то, что было пережито ребенком недавно (особенно ребенком среднего школьного возраста), может наложить серьезный отпечаток на ВКБ. Болезни близких с благоприятным исходом, без явных страданий и опасений со стороны окружающих создают более оптимистический фон, чем недавний траур по поводу кончины члена семьи или соседа. Отрицательную роль в формировании ВКБ могут сыграть наблюдаемые ребенком неоднократные обострения тяжелых хронических заболеваний у живущих совместно родственников, особенно если при этом озабоченные

родители часто вызывают «скорую помощь». Собственные даже многочисленные болезни, перенесенные в раннем детстве, не оставляют осмысленного воспоминания, не накладывают такого отпечатка на переживания, как недавние, особенно воспринятые как серьезная угроза здоровью. В большей мере на формирование ВКБ влияет атмосфера беспокойства и тревоги, царящая в семье из-за возможных или уже развившихся у ребенка заболеваний. Но и собственные переживания боли, дискомфорта, опасения за свою жизнь или здоровье, из-за ограничения активности или отрыва от родителей и сверстников в связи с болезнью — существенный фактор, участвующий в создании ВКБ. Неприятные воспоминания оставляют после себя любые хирургические операции, инструментально-диагностические исследования и лечебные процедуры. Естественно, что опыт и менее болезненных состояний и процедур также может повлиять на отношение ребенка к болезни.

Восприятие симптомов болезни и представления о ней. От ребенка и (или) родителей врач получает сведения об имеющихся симптомах, узнает, что больше всего тяготит пациента, от чего он больше всего страдает. Однако для правильного терапевтического подхода и успешного проведения лечебно-реабилитационной программы врач должен ответить на вопрос — какова у ребенка концепция болезни. Для этого ему придется на понятном для больного языке выяснить понимание причин, механизмов болезни, предположение об исходе и возможных результатах лечения. Лишь в этом случае будет возможно говорить о ВКБ и использовать ее анализ для психотерапии с целью достижения большей эффективности лечения. О сложности восприятия детьми своего заболевания можно судить, например, по переживаниям больных с острым лейкозом. В зависимости от фазы и тяжести заболевания дети по-разному оценивают свою болезнь. При отсутствии явных признаков лейкоза больные связывают болезнь с кровью, локализуют ее в животе или груди. В активной фазе болезни отмечают ее серьезность и опасность. При ослаблении симптомов больные не отрицают тяжесть своего страдания, подчеркивают невозможность поддержания полноценной жизни (посещение школы, занятия спортом). Дети, болеющие недавно, считают свою болезнь «редкой, нехорошей, трудной». Через несколько лет они называют ее «самой главной, самой страшной среди всех болезней». Несмотря на это, самым неприятным в своем заболевании дети 7-10 лет считают люмбальные пункции и инъекции, а старшие (11-12 лет) к этому добавляют пребывание в больнице и даже (13-15 лет) препятствия к удовлетворению познавательных потребностей. Вне зависимости от возраста, ²/₃ Детей жалуются на то, что при мысли о своем заболевании падает настроение: «хочется плакать», «становится плохо на душе» [Исаев Д. Н., Шац И. К., 1985]. Таким образом, приходится учитывать, что у детей ВКБ в большей мере представлена на эмоционально-чувственном (неосознанном) уровне, чем на уровне логического понимания (сознательном). Среди причин неполного осознания могут быть недостаточная информированность, по-детски наивные знания, искажающие истинные представления о болезни, недостаточная зрелость интеллектуально-мнестических функций, психологическая защита. «Расшифровав» ВКБ, педиатр реконструирует те ее элементы, которые частично или полностью не осознаются. Даже в процессе психотерапевтической беседы врач помогает больному создать, насколько это возможно, полную и адекватную ВКБ, как основание для терапевтически продуктивных взаимоотношений.

Переживания ребенка во время болезни могут усугубить его состояние, помешать проведению лечения, замедлить процесс выздоровления. Настроение больного, а вместе с ним и его физическое состояние могут ухудшиться в связи с чрезмерным чувством вины, которое испытывает ребенок перед родителями за то, что возникло заболевание.

Ухудшение самочувствия маленького ребенка может быть следствием боязни, что родители оставили его в больнице навсегда. Пессимистические представления об исходе заболевания, как правило, утяжеляют его симптомы и затягивают выздоровление. На течении болезни может сказаться неблагоприятная обстановка в семье. Постоянные

волнения из-за непрекращающихся конфликтов резко ухудшают эмоциональный фон, а вместе с ним и силу сопротивляемости организма.

Профилактические мероприятия. Исказить проявления заболевания и ухудшить его исход может тесный контакт ребенка с другим тяжело больным или умирающим, а также присутствие при гибели другого человека. Следует советовать родителям формировать у детей понятие о здоровье, болезни, средствах лечения, объяснять им строение и функции частей и органов человеческого тела. Это необходимо так же, как обучение грамоте и гигиеническим навыкам. Начинать надо с ранних лет. Все объяснения должны соответствовать возрасту и быть максимально доступными, наглядными и достаточно краткими. В дальнейшем, по мере взросления ребенка, необходимо снова и снова возвращаться к этим темам, но уже на другом более сложном уровне, углубляя представление о предмете и дополняя его новыми сведениями. Не следует ждать вопросов на биологические и медицинские темы. Для их раскрытия родители могут воспользоваться любым подходящим случаем. Можно, например, обсудить все то, что переживает во время болезни член семьи, сосед или герой теле-, кино-, видеофильма, литературного произведения. Объяснять происходящее в организме больного и раскрывать его переживания следует с большой осторожностью. Необходимо помнить, что ребенок, будучи внушаемым или тревожным и ипохондричным, может после бесед испытывать чувство страха, обнаруживая у себя те серьезные заболевания или недостатки, о которых ему рассказывали на примере других людей. В связи с этим каждый разговор о болезнях следует заканчивать на оптимистичной ноте, убеждая ребенка в том, что имеются большие возможности по сохранению здоровья. Родителям нужно быть очень осторожными во время бесед на эти темы, нравучений и наказаний. Нельзя постоянно укорять ребенка за то, что появившиеся у него даже незначительные отклонения в состоянии здоровья своим происхождением обязаны непослушанию, нарушению режима и игнорированию указаний взрослых. Можно посоветовать проводить дома такие игры и занятия, в которых бы уделялось внимание знаниям о строении и функциях тела человека и животных, о психике человека и ее роли в жизни людей. Желательно, чтобы ребенок не только знал о средствах сохранения и укрепления здоровья, но и приобретал навыки, укрепляющие его. Он должен понимать предназначение физических упражнений, водных процедур, режима дня, сна, диеты.

Обучение мерам по предупреждению болезней должно быть ненавязчивым, без употребления непонятных и пугающих слов, устрашения, но достаточно определенным и решительным. Следует указать ребенку, какая роль отводится ему самому в защите своего здоровья.

Отдельного упоминания заслуживает необходимость подготовки ребенка к посещению врача, лечебным процедурам, стоматологическим и хирургическим операциям, госпитализации. При этом придется учитывать особенности детской личности, ее возраст и предшествующий опыт.

3. Лечение и лекарства. Человек и боль.

Боль может иметь положительное и отрицательное значения. В положительном смысле рассматриваем ее как важный и действенный сигнал опасности для организма. Поэтому, например, хирурги не снимают боль при так называемом «остром животе» до тех пор, пока обследование больного не будет закончено, так как в результате этого изменился бы характер симптомов и затруднилась бы диагностика. Однако иногда эта сигнальная функция боли отсутствует. Известны случаи, когда жизнь больного находится под угрозой при отсутствии какого бы то ни было чувства боли, например, при прогрессирующем туберкулезе легких. Наоборот, боль иногда несоразмерно сильнее, чем это соответствует серьезности заболевания, например, зубная боль, боль при небольших ранениях, при некоторых коликах и т. п.

Большое значение для психологии боли имеет ее характер, изменение по времени и локализация. Как правило, более тяжело больные переносят острую приступообразную боль спастического характера (колики), исходящие из желчного пузыря или из почек, при которых иногда и очень сдержанные лица громко стонут. Дополнительно некоторые лица описывают свое стремление избежать боли следующими словами: «Мне хотелось лезть на стены и на потолок». Хроническая боль неопределенной локализации обычно ведет к пониженной субъективной реакции вследствие определенной привычки, снижения восприятия боли и переключения интересов в других направлениях. Но это относится только к умеренной боли, к интенсивной боли привыкнуть невозможно.

Интенсивная хроническая или повторяющаяся боль может вести больного к потере надежды на выздоровление и к внезапной попытке самоубийства, например, при невралгии тройничного нерва. При утомлении и истощении уменьшается способность переносить боль.

Некоторые виды боли бывают связаны с острым переживанием чувства беспокойства и страха смерти, например, стенокардии при грудной жабе или при инфаркте миокарда. Неожиданная боль неизвестной этиологии вызывает более сильную психическую реакцию, чем повторная боль, причина которой известна.

Из гуманных соображений врач обязан снимать боль, если это не во вред сигнальному значению боли. Но больного необходимо предупредить о том, что самые эффективные болеутоляющие лекарства могут вести к привыканию, например, дериваты морфия, синтетические анальгетические средства типа дольсина. Иногда больные требуют их уже после однократного применения, приведшего к снятию боли. В психиатрии известны случаи наркомании, вызванные ятрогенно несоответствующим применением наркотиков при повторяющихся болях, например, при желчных коликах.

При подавлении боли фармакологическими средствами возможны две крайности:

а) из опасения вызвать привыкание не используют эффективные анальгетики там, где это необходимо. Неправильно, когда врач такое действие обосновывает следующими словами: «У вас это будет болеть, но лучше потерпеть, чем отравляться лекарствами». Аналогично и назначение малоэффективных анальгетических препаратов при очень сильных болях, что уменьшает доверие больного к врачу и к лекарствам вообще и ведет к тому, что больной сам себе выбирает лекарства, дозы которых он бесконтрольно увеличивает и тем самым вредит себе;

б) применять лекарства при самой незначительной боли или успокоиться с уменьшением боли без устранения причины, вызвавшей боль. Так бывает, например, на приеме у врача, когда при жалобах больного на головную боль автоматически назначается анальгетический препарат и оставляют больного самого решать вопрос - принимать или не принимать лекарство. Головные боли относятся к наиболее часто встречающимся болям в настоящее время, часто они связаны с определенными ситуациями и лицами, тогда мы говорим о психогении или психогенном влиянии при их возникновении. Обычно фоном для их появления бывает нерешенная конфликтная ситуация. Тем, что в связи с недостатком времени врач не может ориентироваться в ней и механически назначает анальгетические препараты, он поддерживает у больного склонность к «химическому решению проблемы», а иногда и к привыканию к лекарственному средству. Что касается головной боли другой, не психогенной этиологии, то симптоматическое лечение отдаляет диагностическое объяснение состояния. Наблюдение о возможности психогенного происхождения головной боли отражено в таких словесных оборотах, как «у меня от тебя болит голова», или «от этого у нас еще поболит голова».

Утоление боли возможно суггестивно словом и личным влиянием врача и других медицинских работников. Этим формам снятия боли в последнее время уделяется меньше внимания по двум соображениям: в связи с определенным «механизированием» и «депсихологизированием» медицины, а также в связи с увеличенной возможностью фармакологического подавления болей, что, однако, имеет, как об этом было сказано

выше, свои отрицательные стороны. В качестве примера словесного суггестивного действия при подавлении боли можно привести некоторые рекомендации:

а) словесное внушение, связанное с простым первосигнальным импульсом: потирание антисептическим средством связывают со словами: «теперь сделаем это нечувствительным» или другими подобными выражениями. Последующее вмешательство, проведенное на нужном месте без собственной анестезии, после этого больной переносит лучше, с меньшим ощущением боли. Такой путь наиболее выгодно применять у детей и у больных, не слишком информированных о способах анестезии. Врач сам должен иметь к такому методу действительно терапевтическое, ответственное отношение и должен вести к этому и своих сотрудников; он не смеет хвастаться, что якобы больного обманул или перехитрил, поскольку этим он мог бы потерять доверие больного. Он должен сознавать что в данном случае речь идет об объективном, физиологическом действии слова как реального стимула, как это можно наблюдать в другой форме, например, при употреблении плацебо в фармакологии. Форма внушения должна быть уверенной, само собой разумеющейся, но содержание ее должно быть таким, чтобы было возможно психологическое отступление. Нецелесообразна форма внушения «это вообще не будет болеть»; более подходящими являются выражения: «боль будет так незначительна, что не стоит говорить о ней», «немножко поболит», «это помогает вам от боли» и т. п.;

б) словесное внушение можно связать с применением какого-нибудь слабого или умеренно действующего анальгетического препарата, что только усилит действие внушения.

Обследование и лечение. Врач по праву считает обследование и диагностику неизбежной предпосылкой для дальнейшего плана лечения. В большом количестве медицинских дисциплин диагностика часто бывает более интересной, чем лечение; врач часто занимается диагностикой с большим интересом и забывает при этом о противоположной психологической точке зрения больного. Для больного обследование является задержкой при лечении, а до известной степени и личным беспокойством. Если период обследования затягивается, то уменьшается доверие больного к врачу и к медицинскому учреждению. Иногда больной не может понять (если ему вовремя не объяснили), почему врач не начинает его лечить, если он знает все симптомы болезни. Как правило, он не отличает симптоматические лекарства от этиопатогенетических. Поэтому некоторым больным imponируют способы и методы шарлатанов, которые не задерживаются на обследовании, а после одного «проницательного взгляда» без размышления назначают свое всеисцеляющее лечение, например, лекарственные травы. Если врач вынужден провести более подробное обследование, то он должен объяснить больному это обстоятельство, чтобы тот не имел ощущения, что обследование ведется без плана вследствие беспомощности врача. В дальнейшем можно применить симптоматическое лечение, если оно не нарушит результатов проводимого обследования для того, чтобы принести больному облегчение и сохранить его доверие. Субъективное облегчение состояния больного имеет и объективное значение для собственно патологического процесса, как об этом уже было упомянуто в главе о влиянии высшей нервной деятельности на функции организма и в главе о боли. Один из выдающихся чехословацких знатоков врачебной психологии профессор В.Вондрачек метко сформулировал требуемое отношение врача к лечению следующим образом: «Лечение не должно быть более неприятным, чем сама болезнь».

Фармакофобия и фармакофилия. «Токсическое плацебо», т. е. неприятные побочные действия плацебо, чаще всего наблюдают психиатры у невротиков. Более подробно они были описаны Вольфом: рвота, понос, тяжелые аллергические реакции; другие авторы указывают на сухость слизистых оболочек, сердцебиения, отеки и крапивницы, развивающиеся после применения плацебо. Эти реакции до известной степени связаны с отношением некоторых лиц к лекарствам, которое не вполне точно

называют фармакофобией (фобия означает навязчивый страх, с которым больной борется, хотя и без успеха, отдавая себе отчет в том, что этот страх является бессмысленным и напрасным). Фармакофобия - это скорее патологическое опасение, страх, в обоснованности которого больной в общем бывает убежден: «лекарство - это яд», который только «отравляет» человека, утверждает больной, - а человек не должен принимать яды. Подобные взгляды в прошлом часто распространяли различные «природные лекари» и шарлатаны, которые для лечения всех болезней применяли ограниченное количество лечебных методов, связанных с суггестивным влиянием. Больные с фармакофобией иногда скрывают свое отвращение к лекарству, особенно в тех случаях, когда в прошлом их пытались разубедить, но они свое отношение не изменили. Они позволяют выписать себе лекарство, но иногда не возьмут его из аптеки, а иногда - получают, но не принимают его. О такой возможности мы думаем всегда в тех случаях, когда состояние больного не улучшается, несмотря на то, что ему были выписаны эффективные лекарства. В разговоре с больным следует незаметно выяснить, знает ли больной, как выглядит лекарство и его упаковка, какой имеет вкус и запах.

Фармакофилия, фармакофагия - это чрезмерное увлечение приемом лекарств или без рекомендации врача, или по назначению врача, который некритически выполняет требования больного; в этом случае назначает лечение больной, а не врач. Технический прогресс и увлечение научными открытиями имеет своим следствием, кроме прочего, также переоценивание медикаментозной терапии. О некоторых лекарствах люди думают как о все излечивающих универсальных средствах, например, об антибиотиках, гормонах, витаминах. Многие больные ждут от лекарства, что именно оно избавит их от всех забот и страданий без участия самих больных, без того, чтобы они были обязаны что-то делать или ограничивать себя в чем-нибудь. Например, об этом свидетельствует опыт с курильщиками, страдающими хроническим катаром дыхательных путей, которые требуют хороших лекарств, дорогих и зарубежных, которые бы легко и быстро вылечили бронхит курильщика, но сами не перестают курить даже на курорте, куда они были посланы в связи с заболеванием. Особенно современные психофармакологические средства являются обоюдоострым оружием: они помогают невротикам не только снимать состояние напряжения, страха и другие неприятные симптомы, но одновременно избегать решения личных проблем и конфликтов. Оправданно говорят в этих случаях о сомнительном «химическом решении проблем». Ряд таких новых человеческих проблем приносит жизнь в современном обществе с высоко развитой промышленностью, которая затем сама предлагает облегченное фармакологическое решение проблем вследствие усиленного производства фармакологических веществ. Высокий процент ставших привычными нарушений здоровья населения показывает, какое значение имеет тот факт, признает ли себя «здоровый больной», особенно в пожилом возрасте, здоровым или больным и после этого решает бороться со своими неприятностями своими силами или с помощью врача.

Фармакофилию иногда поддерживают, сами того не желая, врачи тем, что независимо друг от друга назначают больному ряд лекарств не соблюдая при лечении необходимую координацию. По Гаффу, при таких обстоятельствах следует решить вопрос, не является ли в случае, когда речь идет о тяжелом или опасном заболевании, потенциальное поражение лекарствами более вредными, чем само заболевание. Объектом фармакофагии чаще всего бывают анальгетические средства (продаваемые без рецепта), седативные, снотворные, противоастматические, возбуждающие и психостимулирующие средства. Фармакофагия в большинстве случаев притупляет действие лекарства и тем самым больной лишается защиты против болезни именно в тот момент, когда будет больше всего в этом нуждаться. Некоторые больные становятся фармакофагами из страха перед приступом; например, некоторые больные бронхиальной астмой принимают постоянно увеличиваемые дозы лекарства повторно с целью «предупредить наступление приступа». Фармакофагами бывают, как правило, люди невыдержанные, слабовольные,

излишне чувствительные, часто неуравновешенного характера (психопаты) и лица с гипохондрическими склонностями. У некоторых из них фармакофагия ведет к тоскикомании, по новой терминологии - к зависимости от лекарства, которая трудно поддается лечению и становится болезнью, которую больной скрывает.

Употребление токсических субстанций иногда приобретает при госпитализации необычные формы. Например, один из наших пациентов, кофеинист, сам себе приготавливал дозы сильного кофе, растворяя его прямо в палате водой, текущей из водопровода. Если вода была горячей, то больной после выпитого кофе становится эйфоричным, т. е. для врача первый взгляд в «улучшенном состоянии», а если текла чуть теплая вода, то кофе растворялось плохо, больной страдал от недостатка кофеина и находился в недовольном угрюмом настроении.

Суицидные тенденции и лекарства. Очень часто лекарства становятся средством попыток к самоубийству, особенно это относится к женщинам с реактивным депрессивным состоянием при конфликтных ситуациях. Большинство таких лиц бывает спасено; часто попытки носят демонстративный характер. Но не следует никогда недооценивать серьезности этих попыток. Чаще всего из фармакологических средств для попыток самоубийства применяют антидепрессивные, снотворные и анальгетические средства. Иногда госпитализованный больной собирает эти лекарства так долго, пока не будет иметь, по его мнению, достаточное количество для того, чтобы он мог себя убить ими. Необходимо помнить о такой возможности у депрессивных больных и не только у психиатрических больных, а также и у таких, которые лечились по поводу тяжелого физического заболевания, вызвавшего у них реактивную депрессию. Такие больные иногда симулируют головные боли, бессоницу для того, чтобы получить лекарство. Соседи больного по палате иногда знают о таких умыслах больных, но из чувства ложной солидарности не говорят об этом ни врачу, ни медицинской сестре. Поэтому следует иногда при беседе с больными обратить их внимание на подобные факты и подчеркнуть, что гораздо приятнее сообщить об этом персоналу, чем быть немым свидетелем того, как сосед по палате сам себе готовит гибель.

Тема 12. Состояния риска и их профилактика

- 1. Характеристики состояний риска.**
- 2. Профилактика тензионных состояний риска.**
- 3. Профилактика активационных состояний риска.**
- 4. Профилактика тонических состояний риска.**

1. Характеристики состояния

Поскольку состояния — многомерные явления, то их невозможно характеризовать одним параметром. Состояния имеют четыре основных измерения: эмоциональное, активационное, тоническое, тензионное. Другими словами, для описания состояния нужны минимум четыре группы параметров. У разных состояний на передний план выходят разные измерения. Это дает возможность разделять состояния на эмоциональные, активационные, тонические или тензионные — в соответствии с тем какое именно измерение является ведущим, определяющим остальные параметры. Таким измерением или таким параметром может быть эмоциональный — доминирование той или иной эмоции. Может выступать на передний план активационное измерение — уровень мотивации, полное включение в ситуацию, поглощенность происходящим или, наоборот, отчужденность, отгораживание от жизненных событий. Может доминировать тоническое измерение — величина ресурса, запаса сил. При повышенном напряжении ведущим становится тензионное измерение.

Таким образом, каждому измерению соответствуют свои параметры (характеристики) состояния:

- эмоциональные (эти характеристики иногда называют модальностными, понимая под модальностью качественное своеобразие: тревога, наслаждение, созерцание...);
- активационные (отражающие интенсивность психических процессов)
- тонические (отражающие тонус, ресурс сил индивида);
- тензионные (отражающие степень напряжения);

К эмоциональным характеристикам можно отнести определение состояния как благоприятного, положительного или, напротив, как неблагоприятного, отрицательного. Иногда это называют знаком состояния. Заметим, что не всегда легко приписать состоянию определенный знак.

Все перечисленные характеристики (эмоциональные, активационные, тонические, тензионные) нет оснований считать независимыми — они взаимосвязаны и в большинстве случаев изменяются согласованно. Благоприятные состояния (или близкие к ним) характеризуются возрастанием уровней активации и тонуса, снижением напряжения, преобладанием положительных эмоций. Возникновению благоприятных состояний способствует повышенное настроение с переживанием удовлетворенности жизненной ситуацией, уверенностью (низкой тревогой), положительным чувственным тоном, устойчивым уровнем настроения (повышенным). И, наоборот, неблагоприятным состояниям (или близким к ним) свойственны сниженные уровни активации и тонуса, повышенное напряжение, преобладание отрицательных эмоций. Их возникновению способствует сниженное настроение, характеризующееся переживанием неудовлетворенности жизненной ситуацией, повышенной тревогой, отрицательным чувственным тоном, изменчивостью уровня настроения.

2. Профилактика тензионных состояний риска.

Напряжение выступает ведущей психологической характеристикой состояний стресса и фрустрации.

Напряжение сопровождается изменением интенсивности многих процессов в организме и психике в сторону повышения или понижения. Направление сдвига интенсивности — одна из характеристик индивидуальности. Например, у большинства людей возрастает сила эмоций, но у людей тревожных, впечатлительных, ранимых, обидчивых может исчезнуть обычный эмоциональный фон, притупятся чувства к близким, живой отклик на окружающее, на произведения искусства и природу и т.д. Память и мышление функционируют, но мысли и образы тусклы, протекают без эмоционального сопровождения, поэтому человеку кажется, что в памяти ничего не хранится. Мысли проходят бесследно, в рассуждениях нет ощущения законченности. Может произойти подъем активности или появиться торможение, сопровождаемое чувством усталости, вялости.

Стресс. Проявления кратковременного напряжения.

Телесные проявления: изменение частоты сердцебиения, поверхностное дыхание, ускорение ритма дыхания. При повышении напряжения краснеет или бледнеет кожа лица и шеи, увлажняются ладони, расширяются зрачки, повышается или понижается активность некоторых желез внешней секреции (слюнных, потовых).

Поведенческие проявления: изменения мимики, тембра голоса и интонаций, скорости, силы и координации движений. Сжатие губ, напряжение жевательных мышц. Грустный, унылый или обеспокоенный взгляд. Двигательное беспокойство и частая смена поз или, наоборот, — пассивность, заторможенность, вялость в движениях.

Переживания напряжения у некоторых людей даже в очень ответственные моменты могут не иметь соответствующего выражения во внешнем облике и поведенческих проявлениях. Человек может отрицать у себя чувство тревоги и страха, показывать внешне ровное, спокойное поведение, расслабленность и раскрепощенность. Попытки такого преодоления напряжения могут наблюдаться у тех, кто намеренно пытается скрыть свои переживания, например, у стеснительных людей. Отрицание напряжения может быть

и у тех, кто неспособен к анализу своего психического состояния, не имеет никаких навыков самонаблюдения.

Проявления затаженного напряжения.

К наиболее частым проявлениям относятся следующие:

- ощущение потери контроля над собой;
- недостаточно организованная деятельность (рассеянность, принятие ошибочных решений, суетливость, забывчивость...);
- вялость, апатия, повышенная утомляемость;
- расстройства сна (в том числе, более долгое засыпание, раннее пробуждение).

Для обнаружения стресса стоит учесть и другие его симптомы, такие как:

- раздражительность, снижение настроения (придирчивость, необоснованная критичность, потеря чувства юмора, появление признаков пессимистического отношения к ситуации);
- повышение или понижение аппетита;
- увеличившееся количество выпиваемого алкоголя;
- увеличившееся потребление психоактивных средств (успокаивающих, стимулирующих...);
- расстройства половой функции;
- неблагоприятное физическое состояние (головная боль, боли в мышцах, спине, изжога, повышение давления...).

Состояние фрустрации (от лат. frustratio — обман, расстройство, разрушение планов) — психическое состояние, вызываемое объективно непреодолимыми (или субъективно так воспринимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели или решению задачи.

Субъективные характеристики: переживание неудачи, разочарование, напряжение. В зависимости от ситуации переживания могут быть различны: от вины и подавленности до раздражения и гнева. Состояние фрустрации имеет многие черты стресса. Его глубина зависит от силы (величины) фрустратора, привычных форма реагирования на препятствия, опыта и умений преодоления жизненных трудностей, от фрустрационной толерантности (устойчивости к фрустраторам).

Адаптивное (остающееся в пределах нормы) поведение характерно для человека, у которого даже под воздействием сильных раздражителей (препятствий) состояние фрустрации не наступает. Это является следствием толерантности, т.е. терпимости, выносливости по отношению к фрустраторам.

Если толерантность низка, то человек реагирует на фрустраторы даже незначительной силы неадекватным поведением. Наиболее частой реакцией в состоянии фрустрации является агрессивное поведение: словесный отпор, оскорбление, физические нападки на человека, который вызвал ситуации фрустрации.

Однако не всегда агрессия выливается на предполагаемого виновника, в силу своего характера и конкретных обстоятельств мы иногда не способны проявить прямую, открытую агрессию по отношению к тому, кого мы считаем виновником той неприятной ситуации, в которую мы попали. И тогда происходит смещение агрессии на другого ни в чем не повинного человека. Мы находим или даже имеем под рукой своего «козла отпущения». Например, молча выслушав несправедливые, как нам кажется, упреки от своего начальника, мы приходим домой и изливаем накопившуюся злость на ни в чем не повинных жену и детей. И наоборот, мы можем молча выносить несправедливые упреки и придирки от близких (ради благополучия семьи), но зато на работе от нас достается нашим коллегам. Агрессия может быть направлена и на самого себя. Мы можем вымещать агрессию на неодушевленных предметах: со всей силой стучим по столу, бьем посуду, ломаем в ярости мебель и т.д. Довольно часто обиженный человек представляет себе сцены мести, ничего не предпринимая на самом деле, т.е. побуждение к агрессии замыкается в кругу фантазии.

Часто при невозможности достичь своих целей человек начинает успокаивать себя, «усматривая» в недостижимых целях массу недостатков, которые раньше игнорировались, или отказывается от них как недостойных столь больших трат сил. Это как в басне «Лиса и виноград»: лиса не может достать виноград, а потому он зеленый и невкусный. Такой выход из дискомфортного состояния называется рационализацией.

Антистресс-профилактика (приложение).

3.Профилактика тонических состояний риска.

Тонус — одна из стержневых характеристик состояния. В физиологии термин *тонус* (лат. *tonus* происходит от греч. *tonos* — напряжение) обозначает постоянную активность нервных центров, некоторых тканей и органов, обеспечивающую готовность к действию. На психологическом уровне состояния тонус имеет несколько иную трактовку. Тонус ощущается как наличие или отсутствие энергии, большой или малый ресурс сил, возможность продвигаться к поставленным целям, активно реагировать на возникающие трудности и преодолевать их. Тот или иной тонус организма, энергетические ресурсы также могут обуславливать многие другие параметры психических состояний, являясь определяющим. Тонус, в свою очередь, зависит от актуального уровня здоровья субъекта, биологических ритмов, характера деятельности, ее продолжительности, от некоторых условий среды.

Для повышенного тонуса свойственна повышенная готовность к работе (в том числе длительной), субъективные ощущения внутренней собранности. Пониженному тонусу свойственна низкая работоспособность, усталость, несобранность, вялость, инертность, склонность проявлять астенические реакции на возникающие трудности.

Смена дня и ночи для человека, как и для любого другого живого существа, важнейший регулятор его поведения и психической активности. Бодрствование в ночное время создает основу для возникновения необычных переживаний и проявления мало знакомых сторон психики. Для поддержания тонических параметров состояний на должном уровне особенно важен оптимальный ритм чередования бодрствования и сна, деятельности и отдыха, при котором нагрузка вызывает эффект тренированности, повышения работоспособности, а не истощения сил.

Состояние переутомления

Стрессовые состояния любой глубины поглощают энергию и повышают утомляемость, вызывают устойчивое чувство усталости. Некоторые достаточно простые приемы снижения напряжения описаны в соответствующей главе книги. Их полезно использовать, если вас беспокоит снижение работоспособности. Поэтому необходимо использовать приемы снижения напряжения.

Утомление - снижение активности, работоспособности - закономерный итог любой длительной активности. Если оно не наступает, то весьма вероятно, что человек себя не догружает. Значит, теряет выносливость, лишается возможности переживать радость достижения, удовольствие от преодоления. Переживание мышечного утомления после физической нагрузки практически всегда приводит к расслаблению, снижению напряжения, возникновению положительного эмоционального фона. Нормальное утомление надо отличать и появляется представление о жизни как о хаосе, в котором так много «сваливается на голову» трудноразрешимых задач, что их невозможно выполнить в отводимые сроки.

Признаки переутомления. По этим признакам можно более уверенно различать утомление и переутомление.

1) Переутомление не снимается за то же время, что и утомление. Ночного сна недостаточно для восстановления сил, с самого утра ощущается вялость, разбитость.

2) Ухудшение сна: долгое засыпание, преждевременное пробуждение. Сон не дает утром ощущения свежести, сохраняется некоторая сонливость.

3) Сниженное, тревожное настроение, раздражительность, переживания неудовлетворенности жизненной ситуацией.

4) Пропадает желание работать, появляется равнодушие к тому делу, которое ранее было интересным.

5) Трудности сосредоточения на выполняемом деле.

6) Головная боль.

Перечисленные признаки следует рассматривать в совокупности - по одному или двум нельзя судить о степени утомления. Переутомление требует продолжительного полноценного отдыха, внимания к здоровью, приобретения некоторых навыков саморегуляции.

Повышенного расхода энергии требуют эмоционально насыщенные ситуации на работе и в быту. **Эмоциональная нагрузка** быстро приводит к снижению работоспособности, часто является причиной переутомления.

Астения (греч. *astheneia* — бессилие, слабость) — состояние, характеризующееся слабостью, повышенной утомляемостью и истощаемостью, ослаблением или утратой способности к продолжительному физическому и умственному напряжению, эмоциональной неустойчивостью, раздражительностью, слезливостью, недостаточным самоконтролем, частой сменой настроения, нарушениями сна. Повышена возбудимость, вспыльчивость, изменчивость настроения. При нем наблюдается гиперестезия — повышенная чувствительность к яркому свету, громким звукам, резким запахам, прикосновению. Типично изменение самочувствия в зависимости от падения барометрического давления, жары или иных климатических факторов. Углубление состояния сопровождается разнообразными вегетативными нарушениями, частыми головными болями, нарушениями сна в виде повышенной сонливости или упорной бессонницы.

Субъективная картина: переживания собственной малоценности, стыд, робость. Эти переживания могут чередоваться с противоположными им стеническими переживаниями. Но обычно доминирует один тип реакции на внешние раздражители, одна установка в восприятии и оценке событий (в данном случае близкая к астеническому полюсу).

Астения возникает в результате различных заболеваний, а также при чрезмерных умственных и физических перенапряжениях, длительных отрицательных переживаниях и конфликтах. Астеническое состояние может длиться месяцы, иногда годы. Выраженность признаков астенического состояния, как правило, нарастает постепенно.

Первыми проявлениями часто бывают повышенная утомляемость и раздражительность наряду с постоянным стремлением к деятельности даже в обстановке, благоприятной для отдыха (так называемая усталость, не ищущая покоя).

Л.П.Гримак (1991) дает следующее описание астенического состояния. Астеник факт начала нового дня рассматривает как печальную необходимость. Слабость и сознание «отвратительной необходимости двигаться» возникает сразу же непосредственно после пробуждения. Только к вечеру такой человек становится более оживленным и чувство болезненной усталости, разбитости несколько уменьшается. Любая активность у такого человека вызывает через какое-то время чувство «безмерной усталости» и «непонятной опустошенности». Астеническое самочувствие практически всегда одинаково низкое: отдых и сон не приводят к ощущению восстановления сил, прилива энергии, к улучшению настроения. Поведение астеника, его движения, выражение лица носят на себе печать изможденности и бессилия.

Характерно, что выраженная астения, сопровождающаяся страхом и тревогой, как правило, со временем приводит к расстройству сна и тем самым вызывает еще больший рост аффективной напряженности и тревоги, а следовательно, к прогрессирующему ухудшению состояния (Гримак, 1991).

Астенические нарушения часто нуждаются не столько в медицинском вмешательстве и в лекарственном лечении, сколько в надлежащей власти над собой.

Пожалуй, как никто другой астеник должен заботиться о повседневной организации для себя «маленьких радостей» и в быту, и на работе. Труд, творческие задачи – художественные, литературные, технические – всегда были и будут сильнейшим стимулом, доминантой, удерживающей человека «на плаву», позволяющей достойно встречать жизненные невзгоды. Прежде всего таковым выбором должно стать для человека осознание простого факта, что жизнь не безоблачное счастье, не прогулка или игра (Гримак, 1991).

Тайм-менеджмент (приложение).

4. Активационные состояния риска.

Активация представляет собой стержневую для психики характеристику: от психофизиологических процессов — до процессов, включенных в социальное поведение личности. Для ряда психических состояний может быть указан некоторый интервал, в котором величина активации оптимальна. То, насколько благоприятно активационное состояние, определяется не только близостью уровня активации к оптимуму. В зависимости от условий, ситуации, целей, стоящих перед индивидом, благоприятными могут быть состояния с различными уровнями активации.

Психомоторное возбуждение, как патологическое состояние, проявляется в усилении и ускорении темпа проявлений различных сторон психической активности — речи, мышления, эмоциональных процессов, а также движений. В разных случаях акцент может быть на разных сторонах. Интенсивность данного состояния колеблется в широких пределах. При легкой или умеренной степени психомоторного возбуждения речь, действия, поступки, поведение в целом сохраняют признаки целенаправленности, мотивированности, последовательности и координированности. В экстремальных ситуациях психомоторное возбуждение может возникать у здоровых людей.

Состояние возбуждения нет оснований рассматривать только как патологическое. Оно должно быть рассмотрено и как состояние риска. Например, доминирующее деятельное настроение выступает как основа для возникновения состояния возбуждения. Это настроение при пониженном тоне и повышенной активности. Для него характерен мотив старания, усердия. Острее других люди с таким настроением ощущают перегруженность делами, недостаточность активности, энергии, недостаточность отдыха, но менее других они страдают от чувства одиночества.

Среди астенических чувств наиболее сильны усталость, напряжение и неудовлетворенность собой, тревога. А среди меланхолических чувств в этом плане выделяются: разочарование и грусть.

Важно отметить, что эти количественные параметры чувственного тона акцентированного деятельного настроения очень близки к характеристикам раздраженного настроения, являющегося неблагоприятной основой и создающего почву для астенического состояния. Людям с таким настроением свойственна продуктивная активность, поддерживаемая бодростью и азартом, позволяющая переживать радость, но цена этих достижений слишком велика. Поэтому данное состояние следует относить к состояниям риска.

Апатия может возникнуть после длительной напряженной, но безуспешной работы. Или в ситуации, когда человек терпит серьезную неудачу, перестает видеть смысл своей деятельности. Или, когда не удалось кого-то спасти, и попавший в беду человек погиб. Доминирующим переживанием является усталость, настолько сильная, что не хочется ни двигаться, ни говорить. В душе — пустота, безразличие, отсутствие сил на проявление чувств. Заметны: безразличное отношение к окружающему, вялость и заторможенность, медленная, с большими паузами речь. В состоянии апатии человек может находиться от нескольких часов до нескольких недель. Без психологической помощи и поддержки человек из этого состояния может перейти в депрессию.

Менее выраженная апатия имеет некоторое сходство со скукой. Н.Д.Левитов (1964) отмечал близость состояния апатии к скуке. Как и скука, апатия – пассивное состояние, связанное одновременно с понижением тонуса подкорки и тем самым эмотивного фонда и возбудимости коры, как и скука, апатия выражается в чувстве неудовлетворенности, переживается как тягостное состояние. Но между скукой и апатией имеется и существенное различие. Апатия – состояние равнодушия, которое вызывается не только однообразием впечатлений, но часто и, наоборот, их чрезмерным количеством. Она может быть выражением и общей вялости, подобно скуке, и следствием перевозбуждения. Павлов говорил: «Апатию надо рассматривать как явление слабости вследствие перевозбуждения, когда все напряжение отпало». Так, нередко у учащихся после напряженных и утомительных экзаменов наблюдается временное состояние апатии.

Скучая, человек открыто или про себя протестует против тех условий, которые вызывают скуку; при апатии ему обычно бывает безразлично, будет ли смена впечатлений и действий или нет, ему часто даже хочется уйти от излишних впечатлений. Особенно характерен для апатии пониженный эмоциональный тонус, который в значительной мере объясняется отсутствием сколько-нибудь ярко выраженных процессов.

Существуют различные объективные причины, которые могут вызывать апатию. К ним прежде всего относятся неудачи, жизненные неприятности. Под влиянием большого горя человеку все в жизни может казаться ненужным, безразличным.

Апатия очень вредно влияет на познавательную и всякую другую деятельность человека и в известной мере парализует ее. Апатия препятствует любопытству, любознательности, заинтересованности.

Тема 13. Ситуации риска и их профилактика

- 1. Экстремальные ситуации**
 - 2. Профилактика эмоциональной напряженности в педагогической деятельности**
 - 3. Преодоление трудных жизненных ситуаций.**
- 1. Экстремальные ситуации.**

Условия жизни, быта, трудовой деятельности человека, которые не требуют каких-либо чрезмерных напряжений и определяют быстрое восстановление функциональных резервов организма после выполняемой деятельности и соответствующих нагрузок, называют *оптимальными*.

При оптимальных нагрузках функции организма регулируются экономично на нейрорефлекторном уровне с ощущением чувства комфорта. В случаях дальнейшего повышения физических и психических нагрузок возможно повышенное выделение адреналина и начинаются сначала относительно умеренные функциональные изменения: увеличение частоты сердечных сокращений, дыхания, рост артериального давления. Может наблюдаться также небольшое покраснение или побледнение кожи лица (в зависимости от преобладания симпатического или парасимпатического тонуса вегетативного отдела нервной системы), некоторое увеличение или уменьшение сахара в крови и другие физиологические реакции. В психологическом аспекте, в связи с особенностями воздействующих на человека возмущающих факторов, проявляется соответствующее возбуждение или легкая астенизация (огорчение), которые затем относительно быстро нормализуются.

Если же воздействия со стороны внешней среды или возмущение функций во внутренней среде (например, при заболевании) оказываются чрезмерно высокими, организм переходит на новый уровень регуляции включением мощных гормональных механизмов, и тогда можно говорить об *экстремальных условиях* деятельности, об экстремальных факторах воздействия, о развитии экстремальной ситуации, о стрессе.

В качестве факторов, определяющих экстремальность, могут рассматриваться следующие условия:

1) Различные эмоциогенные воздействия в связи с опасностью, трудностью, новизной, ответственностью выполняемой работы, ограниченной лимитом (тем более дефицитом) потребной информации.

2) Действия ночью, при сенсорной депривации, а также при явном избытке противоречивой информации.

3) Чрезмерные психические напряжения в очень ответственной мыслительной, психомоторной деятельности при значительных нагрузках на речевые и познавательные психические процессы: внимание, восприятие, память, представления и др.

4) Высокие физические нагрузки при чрезмерных напряжениях силы, выносливости, быстроты в статических положениях, при воздействии ускорений, вестибулярных нагрузок.

5) Условия режима длительной гипокинезии (обездвиженности, ограничения двигательной активности), гиподинамии (дефицита естественного приложения силы).

6) Воздействия неблагоприятных климатических, микроклиматических условий обитания: жары, холода, высокой влажности, кислородной недостаточности, повышенного состава углекислоты во вдыхаемом воздухе, воздействие различных радиочастот, шумов, вибрации.

7) Наличие голода, жажды и др.

8) Угроза массового поражения, стихийных бедствий.

В качестве экстремальных условий жизнедеятельности и труда рассматриваются также различные патологические состояния организма, выраженные неблагоприятные функциональные и психические состояния, развившиеся в итоге внешних экстремальных воздействий (в том числе инфекций) или же глубоких переживаний, которые затем сами по себе превратились в соответствующие неблагоприятные для человека воздействия.

2. Профилактика эмоциональной напряженности в педагогической деятельности

Профессия учителя не относится к числу операторских, для которых особенно характерно воздействие стресс-факторов и чрезвычайно опасно даже весьма короткое и временно связанное с ним понижение устойчивости психических или психомоторных процессов, ведущее к ошибочным действиям и тяжелым последствиям.

Но и представители других, более спокойных профессий, могут иногда находиться в состоянии эмоциональной напряженности, ведущей к резкому снижению эффективности их трудовой деятельности, к принятию ошибочных решений, неадекватному восприятию важной информации, неверным ее оценкам и нелепым, порой, поступкам.

К числу таких людей можно отнести молодых учителей. Немало мы наблюдали случаев, когда выпускник педагогического вуза терялся на своих уроках, обливался холодным потом, утрачивал привычный тембр голоса, двигал вытянутыми руками, как шлагбаумами. Забывал он, казалось, хорошо продуманный план занятия и мучительно ожидал его конца, не зная, что говорить, что делать, повторяя банальные неуместные фразы.

Высокое чувство любви к своим воспитанникам должно сочетаться с достаточно высоким самообладанием, умением управлять своими эмоциями, проявлять необходимую твердость характера, способностью тактично поставить воспитанника на свое место или умело осуществить эмоциональное переключение, чтобы порой избежать ненужного конфликта.

С другой стороны, не лучшие последствия могут иметь и грубость учителя на фоне снижения эмоционального контроля. Несправедливая оценка учеников и учениц, неадекватные решения, едкие замечания и ненужные упреки из-за потери самообладания ведут к утрате авторитета и прогрессирующему росту неприязни к наставнику-воспитателю. Да и учебная его деятельность теряет свою эффективность.

Иногда это может проявляться и в поведении весьма опытных учителей, имеющих большой стаж работы, обладающих высоким педагогическим мастерством, но способных

«сорваться», потерять самоконтроль из-за низкой эмоционально-волевой устойчивости, склонности к эмоциональной напряженности в связи с определенными чертами характера, типологическими особенностями нервной системы.

Следует, как уже отмечалось, знать также свои индивидуальные психологические особенности, проводить самооценку склонности к напряженности.

Рассмотрим ряд таких особенностей: 1) *природная предрасположенность к эмоциональной напряженности (низкая эмоционально-волевая устойчивость)*. В деятельности учителя она проявляется в постоянном или весьма часто наблюдаемом ухудшении качества проведения занятия в присутствии директора, завуча или других учителей, в частности на открытых уроках.

Наблюдается также чувство растерянности при неожиданных проявлениях недисциплинированности среди учащихся. Характерны также высокая общая тревожность, гнетущее чувство неуверенности в своих силах, постоянное стремление избегать эмоционально насыщенных ситуаций (а если и присутствовать, то в роли стороннего зрителя).

Такой человек помнит, что во время учебы в школе, в вузе на экзаменах он нередко показывал знания хуже тех, что имел в действительности. В случаях хронического воздействия стресс-факторов такой человек может быть предрасположен также к психогенно обусловленным расстройствам (невротические состояния, нейроциркуляторные дистонии сердечно-сосудистой системы, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, диабет и т. д.).

2) *Принадлежность к слабому типу нервной системы (в частности, слабость возбуждительно-процесса)*. В деятельности учителя это проявляется в неспособности постоянно поддерживать на занятии высокую дисциплину, в быстром росте сильного эмоционального утомления на уроке, где присутствует хотя бы несколько учащихся, склонных к шутовству, «дурашливости», провокационным вопросам, направленным на дискредитацию учителя, мешающих объяснению учебного материала.

Вместо пресечения недисциплинированности, такой учитель старается «обойти» возникающую негативную ситуацию, переживает, мысленно откладывает необходимые, на его взгляд, жесткие меры «на потом». Нередко у такого учителя могут появляться мелочные желания отомстить юному обидчику или обидчице, «но только когда-то позже», после завершения конфликта («вот когда придет время...»).

У него просто опускаются руки, в то время как представитель сильного типа нервной системы при этом мобилизуется, чувствует прилив сил и даже сам иногда идет на усложнение конфликта, так как уверен, что овладеет ситуацией.

«Слабый» постоянно стремится получить совет и поддержку коллег, хотя, в сущности, хорошо знает, как поступать в данной ситуации. Для него характерно длительное переживание по пустякам, неспособность быстро оправиться после небольшой психологической травмы. Эти лица также склонны к психогенно обусловленным расстройствам.

3) *Выраженная слабость тормозного процесса*. Она проявляется в частной конфликтности, вспыльчивости, несдержанности в разговоре, нередком отступлении от заранее продуманного варианта действия, разрушении плана общения, поспешности принятия ответственных решений, неумении хранить в секрете нужную новость, в том числе и чужую тайну.

Характерны для такого человека плохой сон, неспособность быстро отдохнуть, восстановиться после трудной работы.

4) *Очень низкая подвижность основных нервных процессов (в частности, переход от возбуждения к торможению и наоборот, развитие возбуждения и торможения)*. Все это сказывается при необходимости быстрого принятия решения и быстрого последующего действия. Например, при организации занятия в ограниченном лимите

времени, необходимости реагирования при возникновении в классе конфликтной ситуации и др.

Эта типологическая особенность проявляется преимущественно медленным темпом деятельности (когда учитель не успевает за учениками); трудным вхождением в новую ситуацию, сложностью установления доверительных отношений со своими учениками, в завязывании новых знакомств.

Для этих людей часто характерны: выраженная медленная речь, очень скупая мимика, подчеркнута медленное прожевывание пищи, медленное засыпание и медленное пробуждение.

5) *Недостаточная профессиональная готовность к педагогической деятельности, недостаточное развитие педагогической техники, методического мастерства, организаторских качеств и возникающее в связи с этим чувство неуверенности в своих силах (страх перед сложными учебными и воспитательными ситуациями, перед наиболее активными и агрессивными учащимися, перед претензиями родителей).*

6) *Выраженная отрицательная мотивация к педагогической, в частности, воспитательной деятельности. Это особенно характерно для сложной современной обстановки, когда осуществляется переоценка ряда социальных понятий.*

Подобная негативная мотивация способствует иногда проявлению общего астенического состояния, являющегося одним из условий возникновения напряженности и психогенно обусловленных расстройств. Учитель в данной ситуации, образно говоря, «идет в школу как на каторгу», а когда «милые дети» снятся по ночам, и он порой просыпается с воплем, в таких ситуациях необходимы срочные психопрофилактические и реабилитационные мероприятия.

7) *Различные негативные функциональные реакции и состояния после болезни. Функциональные реакции и состояния после различных болезней (в том числе и инфекционных) чаще всего имеют место у педагогов, когда с формальной стороны зарегистрировано выздоровление, но полное восстановление функциональных резервов организма не достигло оптимума. В этих случаях незначительное психогенное воздействие со стороны недисциплинированных учащихся, небольшие неудачи в учебно-воспитательной работе или семейно-бытовых отношениях могут способствовать развитию эмоциональной напряженности с ее негативными последствиями в поведении, в нервных срывах, которые пагубно сказываются на эффективности профессиональной педагогической деятельности.*

Следует также отметить, что лучшим средством предупреждения психогенно обусловленных расстройств является постоянное соблюдение здорового образа жизни, отказ от пагубных привычек, обязательное поддержание двигательной активности (занятия физической культурой, пробежки, физкультурные паузы на производстве, прогулки на свежем воздухе).

Тема 14. Поведение риска и его профилактика

1. Социально-психологическая превенция девиантного поведения

2. Стратегии социально-психологического вмешательства при различных формах отклоняющегося поведения

1. Социально-психологическая превенция девиантного поведения.

ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) предлагает выделять первичную, вторичную и третичную профилактику. *Первичная профилактика* направлена на устранение неблагоприятных факторов, вызывающих определенное явление, а также на повышение устойчивости личности к влиянию этих факторов. Первичная профилактика может широко проводиться среди подростков. Задача *вторичной профилактики* – раннее выявление и реабилитация нервно-психических нарушений и работа с «группой риска», например подростками, имеющими выраженную склонность к формированию отклоняющегося поведения без проявления такового в настоящее время. *Третичная профилактика* решает такие специальные задачи, как лечение нервно-психических

расстройств, сопровождающихся нарушениями поведения. Третичная профилактика также может быть направлена на предупреждение рецидивов у лиц с уже сформированным девиантным поведением.

Профилактическая работа может входить в комплекс мероприятий всех трех уровней. Считается, что она наиболее эффективна в форме воздействия на условия и причины, вызывающие девиантное поведение, на ранних этапах появления проблем.

Существуют различные формы профилактической работы (Е.В. Змановская):

Первая форма – **организация социальной среды**. В ее основе лежат представления о детерминирующем влиянии окружающей среды на формирование девиаций. Воздействуя на социальные факторы, можно предотвратить нежелательное поведение личности. Воздействие может быть направлено на общество в целом, например через создание негативного общественного мнения по отношению к отклоняющемуся поведению. Объектом работы также может быть семья, социальная группа (школа, класс) или конкретная личность.

В рамках данной модели профилактика зависимого поведения у подростков включает прежде всего социальную рекламу по формированию установок на здоровый образ жизни и трезвость. Особое значение имеет политика средств массовой информации.

Работа с молодежной субкультурой может быть организована в форме движения «Молодежь против наркотиков» или одноименной акции с выступлением популярных рок-групп. Чрезвычайно важна работа в местах, где молодежь проводит свой досуг и общается. Работа с подростками может быть организована также на улице, для чего в ряде стран существует подготовка подростков-лидеров, проводящих соответствующую работу.

В рамках данного подхода также предпринимаются попытки создания поддерживающих «зон» и условий, несовместимых с нежелательным поведением. Основным недостатком модели считается отсутствие прямой зависимости между социальными факторами и отклоняющимся поведением. В целом данный подход выглядит достаточно эффективным.

Вторая форма – **информирование**. Это наиболее привычное для нас направление профилактической работы в форме лекций, бесед, распространения специальной литературы или видео- и телефильмов. Суть подхода заключается в попытке воздействия на когнитивные процессы личности с целью повышения ее способности к принятию конструктивных решений.

Для этого обычно широко используется информация, подтвержденная статистическими данными, например о пагубном влиянии наркотиков на здоровье и личность. Нередко информация имеет запугивающий характер.

Метод действительно увеличивает знания, но плохо влияет на изменение поведения. Само по себе информирование не снижает уровень девиаций. В некоторых же случаях, напротив, раннее знакомство с девиациями стимулирует усиление интереса к ним. Запугивание также может вызывать когнитивно-эмоциональный диссонанс, мотивирующий к данному виду поведения.

В ряде случаев информация дается несвоевременно: слишком поздно или слишком рано. Например, опыт работы с подростками подсказывает, что беседы по предупреждению наркозависимого поведения должны проводиться не позднее 14 лет. Они не должны содержать подробного описания наркотиков и эффектов, ими производимых. Такие беседы целесообразно направлять на обсуждение последствий девиантного поведения и способов воздержания от него, на выработку активной личностной позиции.

Перспективному развитию данного подхода может способствовать отказ от преобладания запугивающей информации, а также дифференциация информации по полу, возрасту, социально-экономическим характеристикам.

Третья форма – **активное социальное обучение социально-важным навыкам**. Данная модель преимущественно реализуется в форме групповых тренингов.

Тренинг резистентности (устойчивости) к негативному социальному влиянию. В ходе тренинга изменяются установки на девиантное поведение, формируются навыки распознавания рекламных стратегий, развивается способность говорить «нет» в случае давления сверстников, дается информация о возможном негативном влиянии родителей и других взрослых (например, употребляющих алкоголь) и т.д.

Тренинг ассертивности или аффективно-ценностного обучения. Основан на представлении, что девиантное поведение непосредственно связано с эмоциональными нарушениями. Для предупреждения данной проблемы подростков обучают распознавать эмоции, выражать их приемлемым образом и продуктивно справляться со стрессом. В ходе групповой психологической работы также формируются навыки принятия решения, повышается самооценка, стимулируются процессы самоопределения и развития позитивных ценностей.

Тренинг формирования жизненных навыков. Под жизненными навыками понимают наиболее важные социальные умения личности. Прежде всего, это умение общаться, поддерживать дружеские связи и конструктивно разрешать конфликты в межличностных отношениях. Также это способность принимать на себя ответственность, ставить цели, отстаивать свою позицию и интересы. Наконец, жизненно важными являются навыки самоконтроля, уверенного поведения, изменения себя и окружающей ситуации.

В работе с подростками данная модель представляется одной из наиболее перспективных.

Четвертая форма – **организация деятельности, альтернативной девиантному поведению**. Эта форма работы связана с представлениями о заместительном эффекте девиантного поведения. Например, аддикция может играть важную роль в личностной динамике – повышение самооценки или интеграция в референтную среду. Предполагается, что люди используют психоактивные вещества, улучшающие настроение, до тех пор, пока не получают взамен что-то лучшее. Альтернативными формами активности признаны: познание (путешествия), испытание себя (походы в горы, спорт с риском), значимое общение, любовь, творчество, деятельность (в том числе профессиональная, религиозно-духовная, благотворительная).

В семейном воспитании ведущими профилактическими задачами выступают раннее воспитание устойчивых интересов, развитие способности любить и быть любимым, формирование умения себя занять и трудиться. Родители должны понимать, что они формируют потребности личности через вовлечение ребенка в различные виды активности – спорт, искусство, познание. Если к подростковому возрасту позитивные потребности не сформированы, личность оказывается уязвимой в отношении негативных потребностей и занятий.

Пятая форма – **организация здорового образа жизни**. Она исходит из представлений о личной ответственности за здоровье и гармонию с окружающим миром и своим организмом. Умение человека достигать оптимального состояния и успешно противостоять неблагоприятным факторам среды считается особенно ценными. Здоровый стиль жизни предполагает здоровое питание, регулярные физические нагрузки, соблюдение режима труда и отдыха, общение с природой, исключение излишеств.

Шестая форма – **активизация личностных ресурсов**. Активные занятия подростков спортом, их творческое самовыражение, участие в группах общения и личностного роста, арттерапия – все это активизирует личностные ресурсы, в свою очередь обеспечивающие активность личности, ее здоровье и устойчивость к негативному внешнему воздействию.

Седьмая форма – **минимизация негативных последствий девиантного поведения**. Данная форма работы используется в случаях уже сформированного отклоняющегося поведения. Она направлена на профилактику

рецидивов или их негативных последствий. Например, наркозависимые подростки могут получать своевременную медицинскую помощь, а также необходимые знания по сопутствующим заболеваниям и их лечению.

По способу организации работы выделяют следующие формы профилактики: индивидуальная, семейная, групповая работа. В целях предупреждения отклоняющегося поведения используются различные социально-психологические методы. Среди ведущих методов: информирование, групповые дискуссии, тренинговые упражнения, ролевые игры, моделирование эффективного социального поведения, психотерапевтические методики.

В соответствии со спецификой девиантного поведения можно выделить следующие принципы профилактической работы:

- 1) комплексность (организация воздействия на различных уровнях социального пространства, семьи и личности);
- 2) адресность (учет возрастных, половых и социальных характеристик);
- 3) массовость (приоритет групповых форм работы);
- 4) позитивность информации;
- 5) минимизация негативных последствий;
- 6) личная заинтересованность и ответственность участников;
- 7) максимальная активность личности;
- 8) устремленность в будущее (оценка последствий поведения, актуализация позитивных ценностей и целей, планирование будущего без девиантного поведения).

Социально-психологическое сопровождение воспитательно-профилактической работы с учащимися девиантного поведения направлено на решение следующих задач:

- оказание психологической и социально-педагогической помощи и поддержки девиантным подросткам, их родителям и педагогам, работающим с ними;
- формирование положительного образа «Я» у подростков;
- формирование личностной и социальной компетентности у девиантных подростков;
- организация успеха в ведущей деятельности у подростков;
- выработка эффективного стиля взаимодействия педагогов и родителей с подростками;
- повышение психологической культуры педагогов и родителей.

2. Стратегии социально-психологического вмешательства при различных формах отклоняющегося поведения

Делинквентное поведение

В случае противоправного и антиобщественного поведения основной стратегией социально-психологического воздействия является *организация условий общественного наказания* (преимущественно в тюрьмах и исправительно-трудовых колониях). В ряде стран к лицам, совершившим правонарушения, применяется система общественного порицания и ограничения прав делинквента (без или после отбывания наказания), например ограничения в выборе профессии, в приеме на работу или в усыновлении детей.

Основными формами психолого-социальной работы в случае делинквентного поведения являются консультирование, психотерапия, судебно-психологическая экспертиза (особенно в отношении несовершеннолетних), СПТ и организация саногенной среды. Относительно новой формой являются специализированные отделения при психиатрических больницах для делинквентных лиц с психическими расстройствами. В данных учреждениях особое внимание уделяется вопросам социально-психологической реабилитации личности.

Психотерапия в закрытых учреждениях ориентирована на решение ряда задач. Прежде всего, необходимо установить потребность индивида в психотерапевтической

помощи. Далее важно определить личностные особенности с помощью адаптированных к пенитенциарной среде методик или специально разработанных шкал (обеспечивающих учет искажающих изменений среды). Важная задача – создание «психотерапевтических оазисов», групп или отношений, защищенных от деструктивно действующих влияний. Следующими актуальными вопросами являются снятие психического напряжения (прежде всего методами релаксации) и снижение чувствительности к криминальному, стрессовому воздействию. Наконец, необходимо социальное обучение и повышение способности осужденного решать проблемы в данной среде по выходу из нее.

Эффективность психологического воздействия в случае делинквентного поведения зависит от эффективности комплекса мероприятий: организационных (например, организация порядка и гуманной атмосферы в учреждении), экономических, педагогических, медицинских, социальных мер (например, социальная реабилитация после освобождения).

Трудно реализуемым, но максимально эффективным представляется *метод создания саногенной среды или терапевтических «оазисов»*. Основной целью данного подхода является изъятие человека из привычного, провоцирующего окружения, что в свою очередь должно вызвать изменения образа жизни человека и личностные изменения. К подобным формам организации среды можно отнести трудовые коммуны для подростков с отклоняющимся поведением. Жизнь на таких «социальных островках» подчинена ряду правил. Основные правила – самостоятельное жизнеобеспечение, взаимопомощь, строгое подчинение руководителю и выборным органам, строгое соблюдение дисциплины и норм внутренней жизни, следование традициям.

Следует признать, что для делинквентного поведения наиболее адекватными способами социального воздействия признаются общественное наказание и поведенческая терапия в различных ее модификациях.

Аддиктивное поведение

Особенности вмешательства в аутодеструктивное поведение зависят от вида аддикции и степени зависимости.

Оценивая опыт различных стран, можно выделить три глобальные социальные стратегии воздействия на личность с зависимым поведением:

- 1) репрессивная политика (борьбы общества с отдельными его членами);
- 2) политика минимизации риска (снижения вреда) – прагматический подход;
- 3) политика ресоциализации (социально-психологической реабилитации).

Сущность репрессивной политики состоит в жестком подходе. Например, наркотики запрещаются государством, а все действия, связанные с ними, преследуются по закону. Так, в США за хранение героина или кокаина сажают в тюрьму на срок от 5 до 40 лет. В Китае или Сингапуре за подобные действия наказывают смертью. Аналогичная жесткая социальная политика по отношению к наркотикам действует в большинстве стран. В некоторых государствах запрещается алкоголь вплоть до введения «сухого закона». Вводя карательные меры, государство рассчитывает контролировать уровень употребления психоактивных веществ. Однако алкоголизм и наркомания сохраняются, а потребители кроме одной проблемы – химической зависимости – автоматически приобретают вторую – делинквентность, поскольку употребление означает преступление. Кроме того, для мафии выгоден всеобщий запрет на наркотики, поскольку он стимулирует интерес к ним и рост цен на нелегальную наркопродукцию.

Либеральная политика снижения вреда менее распространена. Концепция снижения вреда исходит из того, что наркотики употреблялись, употребляются и будут употребляться, а потребители наркотиков – часть общества, даже если общество и не хочет об этом знать. Эта концепция становится все более популярной в мире, а в Нидерландах и Австралии реализуется официально. В основе лежит вера в то, что после определенного периода времени, чаще всего около 10 лет употребления, у человека

появляется желание либо прекратить употребление, либо стабилизировать и контролировать его. С другой стороны, констатируется факт, что определенная часть людей никогда не бросит наркотики.

История движения снижения вреда берет свое начало в середине 80-х гг. нашего времени и неразрывно связана с началом эпохи эпидемии СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков. Так зародилась новая модель программ воздействия в области общественного здравоохранения – программы обмена шприцев.

Таким образом, главная политическая цель самодеятельных организаций – это декриминализация и нормализация употребления наркотиков.

На сегодняшний день получило широкое распространение проведение аутрич-работы. *Аутрич-работа* – донесение профилактической информации до закрытых социальных групп (потребителей наркотиков, гомосексуалистов, проституток) в местах, привычных для них.

Задачи аутрич-работы по Е.В. Змановской:

- информирование о риске распространения ВИЧ, вирусных гепатитах, венерических заболеваниях среди ПИН (потребителей инъекционных наркотиков);
- снижение уровня повторного использования инъекционного инструментария;
- информация о рисках, связанных с употреблением наркотиков (закон, оказание первой помощи в опасных случаях);
- влияние на изменение рискованного поведения, связанного с приемом наркотиков и сексом (обучение менее опасным способам употребления наркотиков);
- привлечение ПИН к контактам с медицинскими и социальными службами;
- содействие социальной адаптации и трудоустройству;
- вовлечение активных потребителей в работу по снижению вреда в качестве волонтеров;
- оказание психологической поддержки;
- обратная связь (донесение информации о проблемах ПИН до медицинских работников, а также специалистов, от которых зависят государственные решения).

Программы снижения вреда не получили признания на правительственном уровне, и их работа зачастую затруднена из-за отсутствия законодательной базы и федеральной финансовой поддержки. Также не известно о существовании на территории нашей страны групп потребителей наркотиков, готовых отстаивать свои гражданские права.

При существующем отношении общества к потребителям наркотиков процесс изменения поведения для них становится очень сложным.

Политика ресоциализации (социально-психологической реабилитации) предполагает комплексную программу по восстановлению жизненных функций индивида, дезадаптированного вследствие зависимого поведения. Реабилитационная программа включает мероприятия на нескольких уровнях: правовая защита и социальная поддержка (включение в социальную группу, юридическая защита, трудоустройство, решение жилищной проблемы); психологическая реабилитация (психологическая поддержка ремиссии, расширение личностных ресурсов); медицинская помощь (снятие абстинентного синдрома, противорецидивная терапия, лечение сопутствующих соматических и нервно-психических расстройств).

Психологическая помощь является обязательной во всех случаях. При относительно менее опасных формах (курение, азартные игры, пищевая зависимость) или начальных стадиях зависимости широко применяются различные виды консультирования и психотерапии.

В настоящее время социально-психологическая реабилитация признается наиболее адекватной формой оказания помощи зависимым подросткам. Семья должна убедить подростка в необходимости получения социальной помощи. Вместе с подростком или

консультантом-психологом семья может выбрать наиболее адекватную для нее и подростка форму социально-психологической реабилитации:

1. Группы самопомощи «Анонимные наркоманы», «Анонимные алкоголики», действующие в соответствии с программой «12 шагов». Эта форма социально-психологической помощи получила особенно широкое распространение. Недостаток этой программы – жизнь в привычной среде.

2. Центры социально-психологической реабилитации, в которых наряду со специалистами работают бывшие наркозависимые. Недостаток – краткосрочность пребывания, до 2 месяцев, с последующим возвращением в прежнюю среду с периодическим посещением групп поддержки.

3. Трудовые коммуны и лагеря с длительным проживанием. Недостаток – достаточно жесткие условия жизни, а, следовательно, и большой процент уходов из коммуны.

4. Овоцерковление – обращение в веру, служение церкви, поселение в монастыре на ограниченный или длительный срок. Ограничение – личное неприятие веры.

Проводится психологическая работа родителями в следующих формах:

- периодическое консультирование семьи (родителей) зависимого подростка специалистами (наркологами, семейными психологами, психотерапевтами);
- организация и проведение групповой тренинговой работы с родителями;
- организация групп самопомощи.

Суицидальное поведение

Профилактика суицидального поведения может решать различные задачи: контроль и ограничение доступа к различным средствам аутоагрессии, контроль факторов и групп риска, оказание медико-психологической помощи конкретной личности. Психологическая превенция суицида (предотвращение суицидального поведения) осуществляется преимущественно в форме обучения распознаванию суицидальных проявлений и оказанию своевременной помощи близким людям.

Психологическую помощь человеку с уже сформированным суицидальным поведением принято называть кризисной интервенцией. Ведущим методом в этом случае выступает кризисное консультирование, а его целью – удержание человека в живых.

Согласно результатам исследований Всесоюзного научно-методического суицидологического центра, покушения на самоубийство совершаются: здоровыми людьми; лицами с пограничными нервно-психическими расстройствами; страдающими психическими заболеваниями.

Для первых двух групп прежде всего предназначена телефонная служба медико-психологической помощи – Телефон экстренной психологической помощи (Телефон доверия).

Особенно актуальна психологическая помощь людям с острыми суицидальными реакциями, подавляющее большинство которых является практически здоровыми людьми. Суицидоопасные реакции проявляются на нескольких уровнях личностного функционирования. В аффективной сфере это интенсивные отрицательные эмоции (тревога, одиночество, отчаяние, тоска, обида). В когнитивной области возникает неадаптивная концепция ситуации с пессимистической оценкой настоящего и будущего, с искаженным восприятием времени. Нарушения личностной идентификации затрагивают самооценку, снижают способность принимать решения, нарушают уверенность в переносимости аффективного напряжения. Поведение часто бывает импульсивным, непродуктивным. Считается, что период острых суицидальных реакций в среднем длится около месяца.

Главная цель неотложной помощи – предотвратить дальнейшее развитие реакции и покушение на самоубийство. Для этого человеку требуется помощь в овладении

ситуацией, а также коррекция неадаптивных личностных установок, обуславливающих развитие кризисных состояний и суицидальных тенденций.

Таким образом, ведущая задача кризисной интервенции – коррекция суицидальных установок человека. Результатом работы должны стать следующие убеждения клиента (Е.В. Змановская):

- тяжелое эмоциональное состояние временно и улучшится в ходе терапии;
- другие люди в аналогичных состояниях чувствовали себя также тяжело, а затем их состояние полностью нормализовалось;
- жизнь обратившегося нужна его родным, близким, друзьям, а его уход из жизни станет для них тяжелой травмой.

В крайнем случае, можно попытаться убедить суицидента в том, что каждый человек имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение этого важнейшего вопроса лучше отложить на несколько дней или недель, чтобы спокойно его обдумать. В целом эффективность работы с суицидальным поведением зависит от точности выявления суицидального риска и мотивации суицидальных намерений. Помимо оказания кризисной помощи, целесообразна дальнейшая работа, ориентированная на более глубокие личностные изменения – поственция и вторичная интервенция. На данном этапе возможно применение различных методов и методик.

Работая с людьми, имеющими суицидальные проявления, особенно важно проявлять деликатность и уважать право личности на собственный выбор. Парадоксальность ситуации превенции (предотвращения) суицида заключается в том, что в свете современных гуманистических взглядов любой взрослый человек действительно имеет право распоряжаться своей жизнью по своему усмотрению, но другие люди при этом имеют право помочь ему пересмотреть свое решение.