

СОВРЕМЕННАЯ НАУКА: ОПЫТ, ИННОВАЦИИ, ПЕРСПЕКТИВЫ

III Международная научно-практическая конференция

Астрахань, 2 октября 2015 года

Материалы

ISBN 978-5-89154-580-9



ООО «ЦЕНТР СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ «ДОВЕРИЕ»
АСТРАХАНСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЛИГИ
АСТРАХАНСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬИ,
МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА «ДОРОГА В МИР»
АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

СОВРЕМЕННАЯ НАУКА: ОПЫТ, ИННОВАЦИИ, ПЕРСПЕКТИВЫ

III Международная научно-практическая конференция

Астрахань, 2 октября 2015 года

Материалы

АСТРАХАНЬ
ИЗДАТЕЛЬСТВО АГТУ
2015

УДК 72в06я431
ББК 001.12/.18:061.3
С56

*При информационной поддержке
Министерства образования и науки Астраханской области*

С56 Современная наука: опыт, инновации, перспективы. III Международная научно-практическая конференция, Астрахань, 2 октября 2015 года : материалы / Астрахан. гос. техн. ун-т. – Астрахань : Изд-во АГТУ, 2015. – 108 с.
ISBN 978-5-89154-580-9.

Сборник материалов III Международной научно-практической конференции «Современная наука: опыт, инновации, перспективы» содержит труды отечественных учёных и практиков (психологов, педагогов, медиков, социологов). Представлены наиболее перспективные и значимые направления развития психологии, педагогики, медицины и социологии в контексте наполнения существующих научных и методологических подходов, отражающих современные достижения психологической, педагогической, медицинской и социологической наук и практики.

Издание адресовано психологам, педагогам, социологам, врачам и всем специалистам, интересующимся данной проблематикой.

УДК 72в06я431
ББК 001.12/.18:061.3

Материалы и доклады изданы в авторской редакции

ISBN 978-5-89154-580-9

© ФГБОУ ВПО «Астраханский государственный технический университет»,
2015

ПРОГРАММНЫЙ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

Программный комитет

Председатель – *Потапова М.Г., к.псх.н., доцент, директор по развитию ООО «ЦСПП «Доверие», официальный преподаватель Регионального уровня ППП РФ, директор АРОУ «Дорога в мир».*

Члены программного комитета

Макаров В.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой «Психотерапия и сексология» Российской Медицинской Академии Последипломного образования, президент Общероссийской психотерапевтической профессиональной лиги;

Менделевич В.Д., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой «Медицинская и общая психология» Казанского государственного медицинского университета, эксперт Всемирной организации здравоохранения; участник энциклопедии «Ученые России»;

Катков А.Л., д.м.н., профессор, ректор Международного института социальной психотерапии г. Санкт-Петербург (РФ), вице-президент Профессиональной Психотерапевтической Лиги РФ, психотерапевт Единого Реестра Европы, Международный консультант UNODC;

Каверина О.В., к.м.н. доцент, руководитель аппарата антинаркотической комиссии АО;

Великанова Л.П., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой «Наркология, психотерапия и правоведение» Астраханского государственного медицинского университета, заслуженный врач РФ, профессор Российской Академии Естествознания, действительный член ОППЛ;

Прохорова Т.Н., д.п.н., профессор, заведующая кафедрой «Педагогика и предметные технологии» Астраханского государственного университета;

Буров А.Э., д.п.н., профессор, заведующий кафедрой «Физическое воспитание», профессор кафедры «Технология спортивной подготовки и прикладная медицина» Астраханского государственного технического университета;

Кузнецов И.А., профессор, заведующий кафедрой «Технология спортивной подготовки и прикладная медицина» Астраханского государственного технического университета, действительный член (Академик) Международной академии фундаментального образования (МАФО); заслуженный работник науки и образования, профессор Российской Академии Естествознания, член-корреспондент РАМН (Российская академия медико-технических наук), участник энциклопедии «Ученые России», «Врачи России»;

Нестеров Ю.В., д.б.н., профессор кафедры «Физиологии и морфологии человека и животных» Астраханского государственного университета;

Исанова В.А., д.м.н., профессор Казанского государственного медицинского университета, член Правления Всероссийского общества неврологов, главный реабилитолог Министерства труда, занятости и соцзащиты республики Татарстан;

Петрушин С.В., д.п.н., профессор Академии социального управления г. Москва, член-корреспондент МАП, доцент кафедры общей психологии КФУ, директор "Тренинг-центра ИНО КФУ", действительный член и преподаватель ОППЛ, Психотерапевт Европейского реестра;

Силенок П.Ф., к.псх.н., доцент кафедры «Социальная психология» Кубанского государственного университета, психотерапевт единого реестра профессиональных психотерапевтов Европы и единого Всемирного реестра, сертифицированный мастер-тренер НЛП международной категории, региональный представитель европейской ассоциации НЛП-терапии (NLPt), член Тренерского Совета Российской Ассоциации НЛП, член международной ассоциации НЛП и Эриксоновского гипноза;

Силенок И.К., вице-президент Общероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиги, Официальный представитель Центрального Совета ОППЛ в Южном Федеральном Округе, вице-президент Общероссийского совета по психотерапии и консультированию, главный редактор газеты «Золотая Лестница», Психотерапевт Единого реестра профессиональных психотерапевтов Европы и Единого Всемирного реестра;

Авагимян А.А., преподаватель Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, сертифицированный психолог-консультант, сертификат ОППЛ и Института психосоматики и психотерапии, г. Потсдам, Германия), преподаватель (тренер) национального уровня ОППЛ, руководитель Балитовских групп (сертификат Германского Балинговского общества и Санкт-Петербургского Балинговского общества);

Балыкин А.И., генеральный директор ООО Академия Развития Способностей «Гармония»; педагог; к.м.с. по боксу; тренер; автор изобретения в области психологии: «Способ гармонизации психоэмоционального состояния человека» (патент РФ №2373965 и патент РФ №107482), а также автор программы: «Развитие творческого потенциала тренера»;

Балыкина-Милушкина Т.В., практический психолог; НПП-практик; автор изобретения в области психологии: «Способ гармонизации психоэмоционального состояния человека» (патент РФ №2373965 и патент РФ №107482), а также автор программ: «Развитие творческого потенциала тренера», «Повышение психологических качеств спортсмена».

Организационный комитет

Председатель: Топорков А.И., директор ООО «ЦСПП «Доверие», руководитель АО ППЛ;

Потапова М.Г., к.псих.н., доцент, директор АРОУ «Дорога в мир»;

Подосинников С.А., к.псих.н., доцент, проректор по учебной работе ГАОУ АО ДПО «Астраханский институт повышения квалификации».

Секретарь конференции – Семяняк О.В., к.псих.н., ведущий психолог ООО «Центр социально-психологической помощи «Доверие».

Цель конференции – обмен опытом, обсуждение инновационных возможностей, вопросов совершенствования и разработки новых технологий в различных областях психологии, педагогики, медицины и спорта.

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

А. А. Авагимян

БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ КАК СОВРЕМЕННЫЙ ИНСТРУМЕНТ РАБОТЫ СО СПЕЦИАЛИСТАМИ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ

Сегодня расширяется спектр так называемых помогающих профессий, специалисты которых контактируют напрямую с клиентами, пациентами т.п. – психотерапевты, социальные работники, учителя, тьютор. В связи с этим возникает необходимость профессиональной подготовки подобных специалистов, совершенствования профессиональных компетенций, формирования необходимых для профессионала личностных качеств с целью его оптимального функционирования и адаптации в помогающих профессиях.

Балинтовское движение продолжает идеи врача, биохимика и психоаналитика Микаэла Балинта. В 50-е годы прошлого столетия он совместно с группой врачей общего профиля разработал метод группового анализа, направленный на изучение проблем в интеракциях врача и пациента и служащий лучшему пониманию болезни. Такую рабочую группу он назвал «Training cum research group», подчеркнув тем самым, что она должна служить как целям переподготовки и повышения квалификации врача, помощника, так и изучению влияния этого помощника на обратившегося за помощью человека.

Объектом Балинтовских групп являются специалисты, работающие с людьми, с трудными случаями и нерешенными проблемами их профессиональной деятельности.

Целью Балинтовских групп для ее участников является повышение профессиональной и психологической компетентности посредством анализа межличностных отношений и взаимодействий специалистов коммуникативных профессий в трудных случаях их деятельности.

Сегодня этот метод применяется и в различных социальных профессиях с целью «лучше понять проблемы в отношениях, увидеть, что стоит за ними, оказать позитивное влияние как на внешнюю, так и на внутреннюю реальность».

Результаты работы в помогающих профессиях отличаются тремя основными особенностями. Во-первых, в большинстве случаев результат труда в этих профессиях задается не определенно, а в виде общего представления.

Во-вторых, в помогающих профессиях, продукт – это в той или иной степени «личностный вклад», то есть, его существование неотделимо полностью от личности, от автора. В третьих, продукт труда в помогающих профессиях практически невозможно оценить объективно, более того, он может быть оценен прямо противоположным образом разными «потребителями», в разное время. Это, в свою очередь, предполагает необходимость развития внутреннего контроля за профессиональной деятельностью и «правильного» представления профессионала о ее предмете, средствах и т. д. Именно «работа с людьми» является профессиональным фактором риска, способствующим формированию синдрома профессионального выгорания. Балинтовские группы являются классическим методом помощи в ситуации, когда необходимо освободиться от отрицательных эмоций и развить коммуникативную компетенцию специалистов помогающих профессий.

Сегодня развитие Балинтовского движения в России переходит на новый этап – от первоначального ознакомления с методом и опробования его в ситуации помощи различным специалистам социальных профессий мы переходим к углубленной работе и использованию современного понимания Балинтовских групп, как они представлены Международным Балинтовским сообществом. Мы завершаем перевод книги фрау Х.Оттен, многолетнего председателя немецкого Балинтовского общества и в 2001–2007 президента Международной Балинтовской Федерации (IBF). В книге показана как историческая перспектива изменения отношений врач-пациент с древнейших времен Ветхого Завета, в арабских медицине, Средневековье и до Возрождения, романтизма, индустриальной эпохи, психоаналитического движения и XXI-го века, так и современное развитие технологии Балинтовских групп и включения в них дополнительных творческих элементов, таких, как скульптура, ролевые игры, психодрама и имагинация. Описаны особенности вовлечения в Балинтовское движение различных профессиональных групп, а также значение политических, культурных и исторических традиций при проведении групп и в развитии всемирного Балинтовского движения. Таким образом, у нас будет подробное руководство на русском языке, которое поможет в обучении новых специалистов, которые смогут, в свою очередь, стать основой новых групп, подготовки кадров для Балинтовской работы, обучения и продвижения идей Балинта в среду специалистов помогающих профессий.

Список литературы

1. Винокур, В. А. Балинтовские группы / В. А. Винокур // Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми. – СПб, 1998.

2. Эннс, Е. А. Психологическая характеристика помогающих профессий / Е. А. Эннс // Современная психология : материалы междунаро. науч. конф. Пермь, июнь 2012 г. – Пермь, 2012.
3. Otten, H. Professionelle Beziehungen: Theorie und Praxis der Balintgruppenarbeit / H. Otten. – Berlin-Heidelberg, 2012.

В. Г. Бажан, Е. С. Петрова

ВАЖНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ КОНФЛИКТОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНЦИИ У БУДУЩИХ МЕНЕДЖЕРОВ ПО ПЕРСОНАЛУ

В любом трудовом коллективе время от времени возникают конфликты, вследствие чего профессиональная деятельность специалистов в области управления человеческими ресурсами непосредственно связана с организационными конфликтами. Это обусловлено тем, что в процессе совместной трудовой деятельности участвуют люди, отличающиеся друг от друга манерами поведения, социальным статусом, жизненным опытом, уровнем образования, профессиональной подготовки, коммуникативной компетенции и другим признакам.

В своей работе мы опираемся на следующее определение конфликта в организации, данное С. М. Емельяновым, который утверждает, что это конфликт, возникающий между субъектами социального взаимодействия внутри организации [1].

Следует отметить, что в деятельности трудовых коллективов выделяют два типа конфликтов. К первому типу относятся конструктивные конфликты, разрешение которых приводит к трансформации старых идей в новые, что, в свою очередь, способствует повышению эффективности деятельности сотрудников организации. Ко второму типу относятся деструктивные конфликты, приводящие к таким последствиям, как снижение личной удовлетворенности сотрудников и их трудовой мотивации, нарушение группового взаимодействия и функционирования организации в целом [1].

При возникновении организационных конфликтов важны не только конфликтологические знания менеджера по персоналу, которые необходимы для раскрытия механизмов развития и закономерностей протекания таких конфликтов, но и практическое владение им методами и технологиями разрешения конфликтов в трудовых коллективах.

Таким образом, конфликтологическая компетентность представляет собой профессиональную осведомленность о диапазоне возможных страте-

гий конфликтующих сторон и умение оказать технологическое содействие в реализации конструктивного взаимодействия в конкретной конфликтной ситуации [3]. Именно эта способность менеджера по персоналу позволяет ему в реальном конфликте осуществлять деятельность, направленную на минимизацию деструктивных последствий и разрешению проблем в коллективе. Становление и развитие конфликтологической компетенции специалиста по персоналу является одной из актуальных акмеологических задач современного образования в области управления человеческими ресурсами.

Конфликтологическая компетентность в настоящее время является предметом многих исследований, проводимых отечественными учеными (А. Я. Анцупов, А. С. Кармин, Л. А. Петровская, Б. И. Хасан).

Рассмотрев психологическую составляющую конфликтологической компетентности, можно выделить в ней следующие структурные компоненты [3]:

- знаниевую компоненту: знания о причинах появления конфликта, закономерностях его развития и протекания, знания о поведении, общении и деятельности конфликтующих субъектов в конфликтной ситуации, их психических состояниях и прочее;

- гностическую компоненту: знания психологических характеристик конфликтной личности:

- проектировочный компонент: умение предвосхищать действия субъектов

- конфликта, их поведение в ходе конфликта, применяемые приемы конфликтного взаимодействия, динамику конфликта, его последствия;

- конструктивный компонент: умение воздействовать на оппонентов, влиять на их отношения, оценки, мотивы и цели конфликтного взаимодействия; умение формировать общественное мнение по отношению к субъектам конфликта (умение осуществлять профилактику конфликта и разрешать его на справедливой основе, выступая в качестве «третейского судьи»);

- коммуникативную компоненту: умения осуществлять эффективное общение с субъектами конфликта с учетом их личных особенностей и эмоциональных состояний.

Характеристики конфликтологической компетентности могут быть структурированы по следующим пяти группам: готовность к развитию, рефлексивность, коммуникативность, целеполагание, целеустремление, целедостижение и социальность (см. схема 1) [3].



Схема 1

Считаем необходимым обратить внимание на исследование, проведенное Е. А. Карповой, кандидатом психологических наук, доцентом кафедры управления и права Санкт-Петербургского национального исследовательского университета информационных технологий механики и оптики, среди слушателей дополнительного образования по специальности «Менеджер по персоналу» [2].

В статье «Перспективы развития конфликтологической компетенции» в целом подтверждается предположение Е. А. Карповой о том, что будущие специалисты по персоналу недостаточно компетентны в данной области знания, так как среди большинства слушателей было выявлено стремление к взаимному компромиссному решению проблем (54 % опрошенных). Сами же респонденты считают, что они могут реализовать себя в выбранной ими профессии в случае, если они обладают высоким уровнем социальной активности, имеют склонность к самостоятельному принятию решений и способны организовать весь комплекс мероприятий по урегулированию конфликтов в организации. В это же время 83 % опрошенных считают, что их профессиональная подготовка в области конфликтологии недостаточна [2].

Подводя итог всему вышеупомянутому, можно сделать вывод о том, что формирование конфликтологической компетентности будущих менеджеров по персоналу очень важный профессиональный аспект, который должен носить более глубокий и системный характер. Это позволит будущим специалистам по управлению человеческими ресурсами приобрести реальный опыт работы с неизбежными конфликтными ситуациями, возникающими

ми в трудовых коллективах, а также совершенствовать навыки проблемного анализа, систематизировать разнообразные возможности и подходы к решению проблем и адаптироваться к разным стратегиям поведения участников конфликтного взаимодействия в организации.

Список литературы

1. Емельянов, С. М. Практикум по конфликтологии : учеб. пособие / С. М. Емельянов. – СПб. : Питер, 2000. – 360 с.
2. Карпова, Е. А. Перспективы развития конфликтологической компетенции / Е. А. Карпова // Акмеология. – 2015. – № 3(55). – С. 75–77.
3. Цой, Л. Н. Современные образовательные технологии в обучении HR-менеджеров: путь к конфликтологической компетенции / Л. Н. Цой // Кадровик. – 2012. – № 3.

А. И. Балыкин, Т. В. Балыкина-Милушкина

МЕТОД ОЦЕНКИ РЕСУРСНОГО ПОТЕНЦИАЛА СПОРТСМЕНА (НА ПРИМЕРЕ ВОЛЬНОЙ БОРЬБЫ, ЖЕНЩИНЫ)

Спорт развивается, мировые рекорды становятся выше, границы физических возможностей, тактико-технических приемов и методик тренировок практически на исходе. В настоящее время происходит осмысление тренерами возможности использования психологических и психофизиологических методов для выявления проблемных зон при подготовке спортсменов и поиска скрытого ресурсного потенциала спортсмена для повышения их результативности как субъектов спортивной деятельности.

Вопросами психологических и психофизиологических методов, изучения влияния эмоций на физиологические реакции в организме занимались многие как зарубежные (У. Джеймс; Г. Ланге; К. Г. Юнг) так и отечественные (П. К. Анохин; А. Р. Лурия) авторы. Разработкой методов диагностики психических процессов с использованием биологической обратной связи занимался известный психолог В. Н. Мясищев. Он, тщательно исследовав психологическое значение кожно-гальванических реакций человека (КГР), пришел к выводу, что «особое значение эмоций в кожно-гальванических реакциях представляется убедительно доказанным» (В. Н. Мясищев, 1935). С. Л. Рубинштейн, обсуждая психологическое значение КГР, писал: «несомненно, что КГР является реакцией вегетативной нервной системы и что эмоциональные состояния отражаются в ней» (С. Л. Рубинштейн, 1946).

Это натолкнуло авторов на создание метода оценки проблемных зон и ресурсного потенциала субъекта спортивной деятельности, посредством интервью и регистрации амплитудных показаний кожно-гальванических реакций. Нами был разработан способ выявления как осознаваемых, так и неосознаваемых спортсменом проблемных зон, влияющих на его эмоциональное состояние и понижающий профессиональные компетенции спортсмена (А. И. Балыкин, 2011, 2008).

Цель исследования: Выявление проблемных зон, влияющих на успешность соревновательной деятельности, и ресурсного потенциала у спортсменок-борцов (женщины).

Методы исследования. Наблюдение, тестирование, структурированное интервью с использованием биологической обратной связи (БОС) – индикатор психоэмоциональных реакций «ИПЭР-2К».

Организация исследования. Исследования проводились в МГФСО Спортивный комплекс «Измайлово», отделение вольная борьба (женщины) – 2013–2014 г. В эксперименте участвовало 18 спортсменок уровня от спортивного совершенствования до высшего спортивного мастерства. Выявление психологических проблемных зон и ресурсного потенциала спортсменок заключалось в проведении специализированной беседы и определении психической реакции на основные семантические понятия профессиональной спортивной деятельности, посредством регистрации количественных и графических показателей аппаратно-программного комплекса «ИПЭР-2К» (АПК). Для определения проблемной зоны и ресурсного потенциала спортсменок, были разработаны шаблоны вопросов структурированного интервью. В качестве раздражителей в шаблонах использовали понятия профессиональной спортивной деятельности по следующим блокам: тактико-технические характеристики вольной борьбы, понятия учебно-тренировочной и соревновательной деятельности, телесные ощущения, взаимоотношения с тренером, взаимоотношения с соперниками, мотивация и целеполагание, личностные качества. Вопросы для исследования субъективной оценки спортсменок по изучаемым темам содержали бальную оценку, когнитивную точку зрения и эмоциональное отношение.

Анализ полученных результатов. После проведения исследований на каждую спортсменку была создана Карта ресурсного потенциала спортсменки. Степень эмоциональной напряженности, проблемные зоны спортсменки были отображены в Карте ресурсного потенциала спортсменки в виде белого, светлосерого и темно-серого цвета. Субъективная оценка спортсменки во время исследований обозначена, серой линией, а показания АПК – черной (рис. 1).



Рис. 1. Обозначения в Карте ресурсного потенциала спортсменки эмоциональной напряженности, субъективной оценки и показаний АПК

Если серая и черная линии на диаграмме расходятся (находятся в разных участках диаграммы), это интерпретируется как – спортсменка либо не осознает свою проблемную область, либо её скрывает (рис.2).



Рис. 2. Ресурсный потенциал спортсменки в тренировочном и соревновательном цикле

Анализируя полученные данные Карты ресурсного потенциала спортсменки можно сказать, что у данной спортсменки выявлена большая эмоциональная напряженность на участие в Чемпионате мира, при этом она ее не осознает. Также определены психологические проблемные зоны, связанные с бросками. В пунктах, где синяя и красная линии расходятся, в этой области скрыт потенциал спортсменки, который можно улучшить. Возле каждой диаграммы в зеленом квадрате указан процент нереализованного потенциала (ресурс) спортсменки (рис. 2).

Рассмотрим другой момент психологической диагностики, который представлен на рис. 3 – ресурс в техническом арсенале.

Из диаграммы видно, что самым эмоционально напряженным техническим приемом во время схватки является «проход в ноги», а раздражает спортсменку больше всего в общении, – «принуждение и обвинение». Раз-

ницу показаний – расстояния между красной линией (показания АПК) и синей линией (субъективная оценка) можно интерпретировать как то, что в некоторых моментах спортсменка хочет выглядеть намного лучше, чем это есть на самом деле.

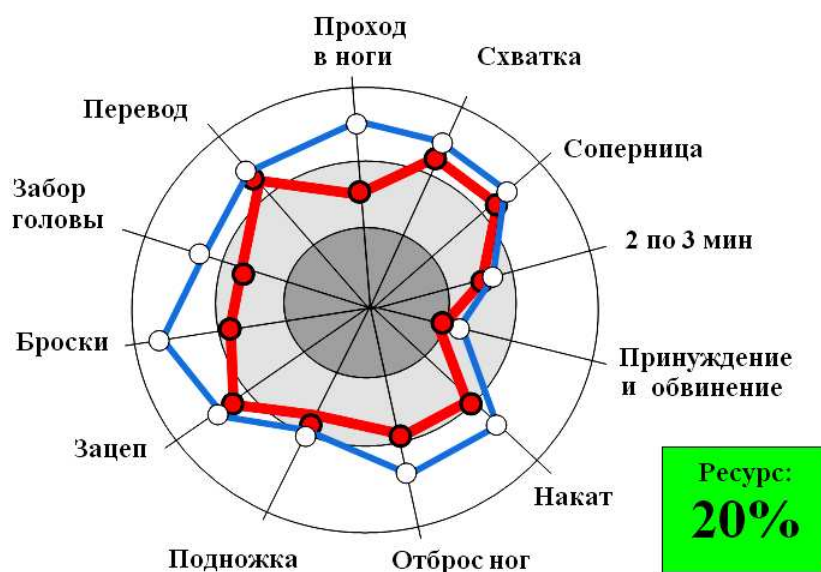


Рис. 3. Ресурс в техническом арсенале

После проведения исследования спортсменкам была рекомендована программа по оптимизации ресурсного потенциала.

Выводы:

1. Психологические проблемные зоны спортсмена вольной борьбы можно определять по семантическим понятиям, отражающим содержание спортивной деятельности.

2. Психологическая готовность и ресурсный потенциал спортсмена к соревновательной деятельности тем лучше, чем меньше у него психологических проблемных зон.

3. В процессе исследования подтвердилось практическое значение разработанного авторами метода оценки проблемных зон и ресурсного потенциала спортсмена.

Список литературы

1. Анохин, П. К. Избранные труды. Философские аспекты теории функциональной системы / П. К. Анохин. – М., 1978.
2. Лурия, А. Р. Мозг человека и психические процессы / А. Р. Лурия – М. : Педагогика, 1970. – Т. 2 – С. 13, 94–116.
3. Мясищев, В. Н. Психологическое значение электрокожной характеристики человека / В. Н. Мясищев // Труды ин-та мозга им. Бехтерева. – Л., 1935.

4. Пат. 107482 Российская Федерация, МКП А61М 21/00. Устройство для оценки психоэмоционального состояния человека / Балыкин А. И., Балыкина-Милушкина Т. В. и др.; заявитель и патентообладатель ООО АРС «Гармония». – № 2011102973/14; заявл. 21.01.11; опубл. 28.08.11, Бюл. № 23 – 7 с.
5. Пат. 2373965 Российская Федерация, МКП А61М 21/00, А61В 5/05. Способ гармонизации психоэмоционального состояния человека / Балыкин А. И., Балыкина-Милушкина Т. В. и др.; заявитель и патентообладатель ООО АРС «Гармония» – № 2008117272/14; заявл. 05.05.08; опубл. 27.11.09, Бюл. № 33 – 8 с.
6. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – М., 1946.
7. Юнг, К. Г. Аналитическая психология / К. Г. Юнг. – СПб., 1994.

**М. Х. Бегметова, И. А. Лакейкина, М. Г. Потапова,
О. В. Семеняк, А. И. Топорков, К. А. Храмкина**

АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА И САМООЦЕНКИ НА ПРИМЕРЕ СПОРТИВНЫХ КОМАНД

Актуальность работы обусловлена интересом к изучению и разработке путей и методов эффективного управления взаимоотношениями в коллективах, формирования благоприятного социально-психологического климата спортивных команд. Наиболее значимыми, на наш взгляд, являются вопросы эмоционального состояния спортсменов-игровиков, где ситуация постоянной негативной эмоциональной напряженности обуславливает недостаточно высокий уровень взаимоотношений членов команды, снижение самооценки и уверенности в своей успешности каждого члена команды.

Целью нашего исследования стало изучение влияния психологического микроклимата в спортивной команде на самооценку спортсменов.

Задачи исследования, которые были в связи с этим поставлены:

1. Проанализировать проблему взаимосвязи социально-психологического микроклимата и самооценки в спортивных командах;
2. Провести эмпирическое исследование социально-психологического климата и самооценки в спортивных командах;
3. Проанализировать результаты проведенного исследования;
4. Сформулировать рекомендации тренерскому составу по улучшению социально-психологического микроклимата.

В ходе исследования нами применялись методы теоретического анализа и обобщения литературных данных. Полученные результаты были обработаны с помощью методов математической статистики. Были применены следующие методики: модифицированная методика диагностики самооценки Т. В. Дембо и С. Я. Рубинштейна; Методика для определения социально-

психологического климата в группе Л. Н. Лутошкина, методика О. С. Михалюк и А. Ю. Шалыто «Экспресс-методика по изучению социально-психологического климата».

Выдвинутая нами гипотеза исследования сформулирована следующим образом: самооценка спортсменов и взаимоотношения между спортсменами в команде напрямую влияют на ситуацию психологического микроклимата в команде.

Основными показателями благоприятного социально-психологического климата спортивной команды являются стремление к сохранению целостности группы, совместимость, сработанность, сплоченность, контактность, открытость, ответственность, доверие, доброжелательная и деловая критика, свободное выражение собственного мнения при обсуждении вопросов, касающихся всей команды, удовлетворенность принадлежностью к команде, высокая степень эмоциональной включенности и взаимопомощи в ситуациях, вызывающих состояние фрустрации у кого-либо из членов коллектива, принятие на себя ответственности за состояние дел в группе каждым из его членов [2, с. 93].

На формирование социально-психологического климата влияют определённые факторы, самыми значимыми из которых являются:

1. Социально-психологическая совместимость членов команды;
2. Стилль управления командой;
3. Успехи, либо неуспехи в спортивной деятельности;
4. Применяемая шкала поощрений и наказаний, признание результатов деятельности;
5. Условия для тренировок и оборудование тренировочных мест;
6. Обстановка в семье, вне работы/учёбы, условия проведения свободного времени [1, с. 59].

Совокупность этих факторов составляет социально-психологический климат в спортивной команде.

В качестве выборки испытуемых нашего исследования были взяты 38 студентов Астраханского государственного технического университета, занимающиеся командными видами спорта в возрасте от 16 до 25 лет: представители волейбольных и баскетбольной команд, которые отражают генеральную совокупность. Исследование проводилось на базовой кафедре ООО ЦСПП «Доверие» «Психология физической культуры и спорта» ФГБОУ ВПО АГТУ.

В результате интерпретации полученных данных были определены средние показатели по шкалам социально-психологического климата (эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты) и самооценки

(уровень самооценки и притязаний, а также разница между уровнем притязаний и самооценкой).

У группы испытуемых были отмечены средние показатели по шкалам самооценки (уровень самооценки и притязаний), а также выявлена разница между уровнем притязаний и самооценкой, что говорит о реалистичной, адекватной оценке себя и своих возможностей у испытуемых данной команды. Также у испытуемых были выявлены средние показатели по шкалам эмоционального, поведенческого и когнитивного компонента социально-психологического климата, что указывает на неустойчивый климат в данной группе.

Математическая обработка результатов была проведена нами посредством корреляционного анализа взаимосвязи уровня социально-психологического климата и самооценки, который показал, что имеет место корреляция между показателями самооценки и определенными компонентами социально-психологического климата. Общий анализ результатов указывает на то, что имеют место следующие виды взаимосвязей:

1. Уровень самооценки отрицательно коррелирует с такой характеристикой социально-психологического климата как когнитивный компонент (уровень значимости 0,021);

2. Уровень притязаний коррелирует с социально-психологическим климатом (уровень значимости 0,044) и отрицательно коррелирует с когнитивным компонентом (уровень значимости 0,037);

3. Разница между самооценкой и уровнем притязаний коррелирует с эмоциональным компонентом социально-психологического климата (уровень значимости 0,023).

В результате проведения математической обработки полученных результатов с помощью корреляционного анализа эмпирически подтвердилась взаимосвязь между социально-психологическим климатом и самооценкой: между уровнем самооценки с такой характеристикой социально-психологического климата как когнитивный компонент (уровень значимости 0,021); уровнем притязаний и социально-психологическим климатом (уровень значимости 0,044); уровнем притязаний и когнитивным компонентом социально-психологического климата (уровень значимости 0,037); разницей между самооценкой и уровнем притязаний и эмоциональным компонентом социально-психологического климата (уровень значимости 0,023).

Для улучшения социально-психологического климата и оптимизации самооценки членов спортивных команд нами были предложены следующие рекомендации тренерскому составу: доброжелательное, уважительное отношение тренера к спортсменам; поощрение спортсменов; создание условий для их роста и развития; разнообразие тренировочного процесса; тренеру

необходимо постоянно контролировать особенности проявления личностных качеств волейболисток и отслеживать их динамику в различные периоды спортивного совершенствования; в команде необходима организация вне-тренировочного периода жизни и деятельности волейболисток (это могут быть встречи с болельщиками «вечера общения» родителей, спортсменов, друзей и знакомых); проведение тренинга командообразования и сплочения.

Таким образом, мы можем прийти к следующим выводам:

1. Уровень самооценки спортсменов-игровиков отрицательно коррелирует с когнитивным компонентом социально-психологического микроклимата. Иными словами, чем выше показатель самооценки, тем меньше члены команды знают особенности друг друга и наоборот.

2. Уровень притязаний коррелирует с социально-психологическим климатом. То есть, чем выше уровень притязаний, тем благоприятнее социально-психологический климат команды, так же и в обратную сторону.

3. Уровень притязаний отрицательно коррелирует с когнитивным компонентом микроклимата. Следовательно, при увеличении уровня притязаний уменьшается желание членов команды знать особенности друг друга и наоборот.

4. Разница между самооценкой и уровнем притязаний коррелирует с эмоциональным компонентом социально-психологического климата. Это означает, что с повышением разницы притязаний и самооценки члены команды проявляют меньше симпатии друг к другу, также и в обратном направлении, чем более члены команды симпатичны друг другу, тем меньше уровень разницы между притязанием испытуемого и его самооценкой.

Выводы, сделанные на основании данных экспериментального исследования, позволяют утверждать, что имеется взаимосвязь между показателями социально-психологического микроклимата и самооценки в спортивных командах, что полностью подтверждает гипотезу.

Список литературы

1. Андреева, Г. М. Социальная психология / Г. М. Андреева. – М. : Изд-во МГУ, 2010. – 431 с.
2. Аникеева, Н. П. Психологический климат в коллективе / Н. П. Аникеева. – М. : Просвещение, 2009. – 224 с.
3. Войко, В. В. Социально-психологический климат коллектива и личность / В. В. Войко, А. Г. Ковалев, В. И. Панферов. – М. : Мысль, 2003. – 207 с.
4. Коледа, В. А. Психология физической подготовки молодёжи / В. А. Коледа. – Мн. : Полымя, 2014. – 103 с.
5. Лытко, А. А. Психологическая подготовка футболистов: справочные и дидактические материалы / А. А. Лытко, Б. М. Зайцев. – Мозырь : Содействие, 2007. – 176 с.

МЕТОДЫ АРТ-ТЕРАПИИ В СУПЕРВИЗИИ КОНСУЛЬТАНТОВ СЛУЖБЫ ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ

Регулярная супервизия является неотъемлемой частью функционирования всех служб экстренной психологической помощи по телефону; она призвана повысить эффективность работы консультантов с абонентами.

По мнению А. А. Тарасенко, психолог-консультант является «основной единицей в системе служб экстренной психологической помощи и значимость его работы невозможно переоценить» [4, с. 68], и вместе с тем, именно на его психику оказывают непосредственное влияние негативные аспекты работы на линии. К ним можно отнести долгую 12-часовую изоляцию, нарушения режима сна и отдыха из-за ночных смен, эмоциональное напряжение в течение смены из-за состояния «ожидания звонка»; соприкосновение с негативными эмоциями абонентов – гневом, агрессией, угрозами, бранью, отчаянием; готовность к стрессовым ситуациям, груз ответственности за свои профессиональные действия, которые могут повлиять на жизнь и здоровье обратившихся за помощью.

Влияние всех этих профессиональных издержек на Астраханском Детском Телефоне Доверия преодолеваются с помощью регулярной супервизии. Однако ответственность за проведение качественных супервизорских сессий лежит всецело на консультантах ввиду отсутствия в Службе обученного специалиста-супервизора. В связи с этим, мы используем в основном групповую форму работы с применением разнообразных методов и техник.

Так на Астраханском Детском Телефоне Доверия в супервизии стали применяться методы арт-терапии, в частности, изотерапия. Арт-терапевтические техники универсальны и подходят для работы с широким кругом психологических проблем, возникающих в процессе работы консультанта с абонентом, переживающим жизненный кризис. Были использованы следующие позитивные преимущества арт-терапевтических техник: 1) создание положительного эмоционального настроения, отношений принятия и эмпатии в группе; 2) возможность на символическом уровне экспериментировать с чувствами, связанными с тем или иным звонком или абонентом, исследовать эти чувства и выражать их; 3) творческое преодоление профессиональных трудностей; снижение утомления, негативных эмоциональных состояний; 4) исследование внутриличностных конфликтов консультантов, влияющих на профессиональное общение с абонентами [2, с. 26–27].

На астраханском Телефоне Доверия применялась техника спонтанного рисования сразу после завершения звонка, вызвавшего у консультанта наибольшие затруднения (рис. 1), и последующее обсуждение рисунка с супервизором индивидуально или в группе. А также были проведены полноценные арт-терапевтические сессии с заявленной тематикой (рис. 2, 3). Для групповых сессий супервизором были предложены следующие темы «Мой самый трудный абонент»; «Я в пространстве диалога»; «Тревожный звонок»; «Эмоциональные портреты».



Рис. 1



Рис. 2

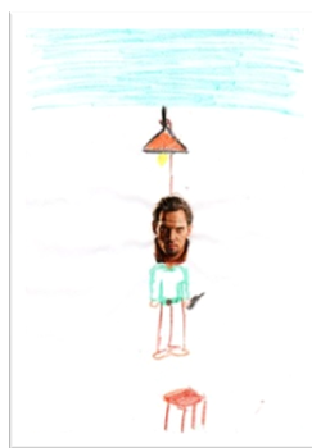


Рис. 3

Рис. 1 сделан после завершения работы со звонком от девочки-подростка, употреблявшей наркотики и находящейся в созависимых отношениях с молодым человеком кавказской национальности, который неоднократно избивал её. Консультант изобразила абонента в нескольких «ипоста-сях» - в образе мышки и птички. Нечто в виде синей трубы, наполненное коричневой штриховкой, символизирует ощущения консультанта от работы с абонентом – подозрение, что девочка предлагает для работы вымышленную историю, недоверие, тревогу.

Рис. 2 сделан начинающим консультантом и отражает трудности в адаптации к особенностям работы на Телефоне Доверия. Большое количество вопросительных знаков, масок, глаз и безликих фигур, символизирующих абонентов службы, резко контрастирует с детально прорисованным и расположенным в центре листа образом самого консультанта.

Рисунок-коллаж № 3 сделан другим консультантом и отражает особенности работы с суицидентами, позвонившими в состоянии алкогольного опьянения. Консультант описывает их как «злых мужиков», приписывая им сознательное намерение причинить «вред» консультанту. В процессе работы над коллажем, из предложенного полиграфического материала кон-

сультант выбрала «самое злое» мужское лицо; осознав, что испытывает страх перед такими абонентами. В последующей беседе мы исследовали происхождение этого страха и того, как он осложняет выполнение консультантом своей профессиональной роли.

Согласно Е. Н. Скавинской, супервизор при проведении регулярных сессий располагает рассказом консультанта об абоненте, его мыслями и эмоциями от работы с ним, запросом консультанта на супервизорскую работу, а также записью беседы на диктофоне [3, с. 25]. Арт-терапевтические сессии могут дополнить этот список продуктами творческой деятельности консультанта, отражающими ещё и бессознательные стороны его психики, а также на качественно ином уровне символической коммуникации вступить в диалог с подавленными чувствами, мыслями, внутренними конфликтами, оказывающими влияние на процесс оказания психологической помощи.

Согласно определению М. В. Киселёвой и В. А. Кулганова, основной целью арт-терапии является «гармонизация внутреннего состояния клиента, то есть восстановление способности человека находить оптимальное, способствующее активному продолжению жизни состояние равновесия» [1, с. 26]. В процессе супервизии в качестве клиента выступает консультант, профессиональная роль которого также требует от него достижения состояния «равновесия» для эффективного взаимодействия с абонентом. Арт-терапия является универсальным, действенным и доступным консультанту даже сразу после завершения беседы с абонентом способом восстановления его душевного равновесия и мобилизации его внутренних ресурсов.

Список литературы

1. Киселёва, М. В. Арт-терапия в психологическом консультировании : учеб. пособие / М. В. Киселёва, В. А. Кулганов. – СПб. : Речь, 2014.
2. Лебедева, Л. Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. – СПб. : Речь, 2008.
3. Скавинская, Е. Н. Супервизия и оценка эффективности психологической помощи в контексте телефонного консультирования / Е. Н. Скавинская // Сибир. психолог. журн. – 2008. – № 30. С. 22–26.
4. Тарасенко, А. А. Психолог-консультант как основная единица деятельности в системе служб детского телефона доверия. Детский Телефон Доверия как механизм раннего выявления детского и семейного неблагополучия. / А. А. Тарасенко. – М. : Изд-во Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 2014.

Л. П. Великанова

**РЕАБИЛИТАЦИЯ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ:
СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЙ, СТРУКТУРНЫЕ КОМПОНЕНТЫ
И НАПРАВЛЕНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ**

До сих пор еще сильно инерционное восприятие наркомании как исключительно медицинской проблемы. Изолированными медицинскими усилиями наркопотребление не остановить, так как после медицинской реабилитации человек возвращается в ту же среду, и не только к прежним проблемам и стрессам, но и обретая новые, порождаемые зависимостью, поэтому необходима социально-психологическая коррекция и реабилитация.

Без проведения должного курса реабилитации и ресоциализации наркологическая помощь оказывается нерезультативной. Об этом красноречиво свидетельствует тот факт, что из 1 млн обратившихся в государственные и частные наркологические центры лишь 2 % вышли в устойчивую ремиссию. Кроме того, согласно клинической статистике, практически каждый из этого миллиона ежегодно госпитализировался от 5 до 12 раз. Мало того, что лечение не дает желаемого эффекта, у наркозависимых формируется чувство безысходности, обреченности. По образному выражению директора ФСКН Иванова В. П. «Без снижения спроса антинаркотическая деятельность напоминает стрижку газона» [4].

Базовый федеральный закон ФЗ № 3 «О наркотических средствах и психотропных веществах, принятый 18 лет назад (8 января 1998 г.) определяет в статье 54, что «Государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи, которая включает обследование, консультирование, диагностику, лечение и медико-социальную реабилитацию», но по факту государства хватает только исключительно на медицинскую часть (а это 5 %, максимум – 10 % всего дела) и вся помощь сводится к медицинской помощи, которая сама по себе, в отрыве от социальной реабилитации и ресоциализации, имеет практически нулевую эффективность [5].

Первым вопросом в повестке дня Заседания Правительства 20 ноября 2014 года был вопрос о создании национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях. Стратегией государственной антинаркотической политики РФ до 2020 года в качестве одного из основополагающих направлений достижения генеральной цели определено сокращение спроса на наркотики путем совершенствования реабилитационной работы с наркопотребителями.

25 октября 1990 года Комитет конституционного надзора СССР свел проблему наркомании исключительно к проблеме здоровья индивида и употребление наркотиков приравнял к правам человека, «... который ни перед кем не обязан отвечать за свое здоровье».

Старую систему отменили, но новой не создали. Уровень наркопотребления в стране за этот период вырос почти в 20 раз [6].

Как оказалось, наркомания – это не «личное дело» каждого, а ключевой фактор разрушения общественной и национальной безопасности, ведущий к масштабным негативным последствиям.

Во-первых, потребление наркотиков ведет к беспрецедентно высокой смертности молодежи в возрасте от 15 до 34 лет – не менее 50–60 тысяч человек ежегодно по причине интенсивного разрушения и износа внутренних организма.

Во-вторых, 65 % всех преступлений в стране связано с наркотиками. При этом до 80 % мелких неквалифицированных грабежей совершается наркопотребителями.

Кроме того, героиновый наркоман ежедневно тратит минимум 2 тысячи рублей на дозу, 8 млн наркопотребителей – соответственно 4,5 млрд рублей, чем выводят из внутреннего валового продукта страны до 1,5 трлн рублей ежегодно, что в 1,5 раза выше, чем бюджет Министерства обороны или в 3,5 раза выше бюджета Министерства здравоохранения [6].

По итогам заседания президиума Государственного совета в апреле 2011 года Президентом было поручено приступить к формированию национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации, позволяющей целенаправленно и системно осуществлять полноценный возврат в социум граждан, отказавшихся от потребления наркотиков и от участия в их незаконном обороте.

10 июля 2014 года Президент Российской Федерации своим указом № 507 наделил ФСКН полномочиями по координации деятельности всех органов власти в области реабилитации (за исключением медицинской) и ресоциализации наркопотребителей и организации поддержки социально ориентированных неправительственных организаций, осуществляющих данную деятельность. Была создана организационно-административная база национальной системы реабилитации.

Сам механизм программы реабилитации во многом прописан в подпрограмме 3 – «Комплексная реабилитация и ресоциализация лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских

целях» государственной программы Российской Федерации «Противодействие незаконному обороту наркотиков», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 299.

В результате реализации Программы планируется:

– увеличение доли лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях, охваченных постреабилитационным социальным патронажем, в общем числе лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях, окончивших программы комплексной реабилитации и ресоциализации и не потребляющих наркотики;

– увеличение доли лиц, не потребляющих наркотики более 2 лет, в общем числе лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях;

– увеличение количества мест круглосуточного и дневного пребывания в организациях, входящих в национальную систему реабилитации, которые финансируются государством.

В Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года обращается особое внимание на возможность применения в качестве основного или альтернативного вида наказания для лиц, совершивших преступления небольшой тяжести, связанные с наркотиками, обязанности прохождения медико-реабилитационной процедуры избавления от наркотической зависимости [11].

Суммарные бюджетные затраты силовых структур, следствия, судов и пенитенциарной системы на привлекаемых к уголовной ответственности наркопотребителей составляют около 96 млрд рублей. Запуск программ реабилитации позволит за счет сэкономленных средств перенаправить усилия правоохранительных органов с преследования рядовых наркопотребителей на еще более интенсивную работу по ликвидации организованной преступности и каналов поставки наркотиков на территорию страны [6]. Международного комитета по контролю за наркотиками ООН, немедицинскую реабилитацию следует рассматривать как прямую инвестицию в общество, поскольку реабилитация позволит ежегодно возвращать в экономику до 1 трлн рублей. По определению Международного комитета по контролю за наркотиками Организации Объединённых Наций, каждый рубль, доллар, вложенный в реабилитацию, даёт эффект сохранения денег государству в 10 раз больше [6].

Понятие реабилитация включает совокупность медицинских (лечебных), психологических, социальных, образовательных и трудовых мер, направленных на восстановление физического и психического состояния больного, коррекцию, восстановление или формирование его социально прием-

лемых поведенческих, личностных и социальных качеств, способности приспособления к окружающей среде, и, в конечном итоге – восстановление полноценного функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ.

Реабилитация неотделима от медикаментозного и физиотерапевтического воздействия, так как она начинается на самых ранних этапах лечения, практически с первых контактов больного с медицинским персоналом и, в свою очередь, лечебные технологии (медикаментозные, физиотерапевтические и др.) используются на всех этапах реабилитации.

Основополагающими принципами реабилитационного процесса являются:

- а) комплексность или единство медицинских, психологических и социальных методов работы;
- б) дифференцированность больных по уровню реабилитационного потенциала, возрасту, полу, тяжести психической, соматической, личностной и духовной патологии, степени социальной дезадаптации;
- в) бригадность – совместная работа врача психиатра-нарколога, психолога, психотерапевта, специалиста по социальной работе и др.;
- г) преемственность периодов и этапов лечебно-реабилитационного процесса;
- д) долгосрочность;
- е) антипатернализм [1, 2, 3, 8, 9].

Этапы реабилитации составляют:

Первый этап реабилитации – адаптационный – направлен на приспособление больных наркоманией к условиям содержания и распорядку работы реабилитационного стационара или амбулатории. Мероприятия этого этапа имеют преимущественно медико-психологическую направленность. Осуществляется консультирование и обследование больных врачом-наркологом, психологом, психотерапевтом, социальным работником, а также проводятся противорецидивные мероприятия, формируется (усиливается) мотивация больного на участие в реабилитационном процессе.

Второй этап реабилитации – интеграционный – представляет собой вхождение в реабилитационную программу, включающую медицинский, психологический, психотерапевтический и социальный аспекты. Формируются устойчивые группы больных, объединенных общим кругом интересов, способных оказывать положительное влияние друг на друга, увлеченных учебой, стремящихся приобрести профессию, любящих спорт, искусство,

животных и прочее. Продолжается психотерапевтическая работа с родственниками больных и терапия созависимости.

Третий этап реабилитации – стабилизационный – направлен на восстановление и стабилизацию физического и психического состояния больного. Акцент переносится на психосоциальный аспект реабилитационной программы, преследующей достижение основной цели – восстановление, коррекцию или формирование нормативных личностных и социальных качеств больных, возвращение их в семью и общество.

Перечисленные этапы реабилитации целесообразно реализовывать без перерыва, что позволяет добиться преемственности и высокой эффективности реабилитационного процесса. Сроки реализации реабилитационных программ зависят от уровня реабилитационного потенциала больных и индивидуальных темпов адаптации к функционированию в условиях амбулатории или стационара.

Реабилитационный потенциал – интегральная прогностическая оценка потенциальных возможностей пациента к выздоровлению, возвращению в семью и к общественно полезной деятельности, основанная на объективных данных о наследственности, преморбиде, социальном статусе, особенностях физического и психического развития, а также о форме и тяжести наркологического заболевания и последствиях злоупотребления психоактивными веществами. Он также объединяет индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и основное направление личностного и социального развития, а так же ценностную ориентацию больного [8, 9].

Высокий уровень реабилитационного потенциала характеризуется:

- низким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями, преимущественно нормативным психическим и физическим развитием, хорошими или удовлетворительными условиями воспитания;
- относительно поздним началом употребления наркотиков (в 18–20 лет), непродолжительностью заболевания (до 1 года);
- преимущественно не инъекционными (интраназальным, пероральным или ингаляционным) способами употребления наркотиков, периодической формой влечения к наркотикам;
- начальной (первой) стадией зависимости по МКБ-10;
- мононаркоманией (употребление только одного психоактивного вещества);
- отсутствием передозировок психоактивных веществ и суицидальных тенденций в прошлом;

– низкой интенсивностью симптомов наркотического абстинентного синдрома (нивелируются в течение 2–3 дней); постабстинентные расстройства не выражены;

– достаточной устойчивостью нормализованных семейных отношений, вовлечением в учебу или работу, приобретенной или приобретаемой профессией, относительным разнообразием социокультуральных интересов (искусство, спорт, бизнес и пр.), отсутствием вовлеченности в криминальные или полукриминальные структуры;

– отсутствием стойких изменений личности больных: интеллектуально-мнестическое снижение и грубые аффективные нарушения фактически отсутствуют, морально-этические отклонения носят транзиторный характер.

Как правило, у этого контингента больных наблюдаются спонтанные ремиссии или стойкие терапевтические ремиссии. Чаще всего отсутствуют соматические заболевания и психопатологические нарушения, приобретаемые в период злоупотребления психоактивными веществами: гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекция, выраженные эмоциональные и поведенческие расстройства.

Критика к заболеванию сохранена, есть обоснованное желание избавиться от пристрастия к наркотикам. В связи с этим мотивация на участие в реабилитационном процессе носит добровольный характер с преобладанием мотивов роста, т. е. преобладает желание учиться, получить хорошее образование, продвигаться по служебной лестнице, быть успешным, соблюдать морально-этические принципы общества и т. д. [8, 9].

Система основных технологий ЛРП [1, 2, 3].

1. Организационные.

Создание реабилитационного учреждения и определение функциональных (производственных) обязанностей его сотрудников.

2. Создание реабилитационной среды.

3. Внедрение в практику и следование периодам и этапам реабилитации.

4. Организация реабилитационной наркологической бригады (команды).

Подпрограмма 3 «Комплексная реабилитация и ресоциализация лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях» предусматривает государственную поддержку негосударственных социально ориентированных организаций, осуществляющих деятельность в этой сфере. Подготовлен проект постановления Правительства, который предусматривает выделение субсидий из федерального бюджета [12]. Неправительственные организации по ряду причин вовлекают значительно

большее количество наркопотребителей. Получив гранты, они обязаны работать по единым стандартам, которые, по сути, содержатся в решении Правительства от 15 апреля 2015 года – в той программе, которая утверждена Правительством России

Реабилитационная среда (РС) – совокупность организационных и функциональных факторов, влияющих на формирование нормативных качеств наркологических больных. Она не только способствует реадaptации и ресоциализации, но и защищает больных от пагубного воздействия наркоманической среды (субкультуры) и, прежде всего, от потребления наркотиков, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе. В настоящее время наиболее эффективны программы, основанные на создании специфической терапевтической среды, способной групповым влиянием изменить поведение наркозависимых. Среда – это все, что окружает больного: вещи, люди, процессы, события. Цель терапевтической среды – максимальная активизация адаптивных возможностей больного для восстановления личностного и социального статуса. История реабилитационных технологий для девиантов, и в т.ч. зависимых, восходит к опыту В. П. Кащенко (1904 г.), А. С. Макаренко (1917), основное направление в педагогике которого – формирование самодисциплины и трудовых навыков. Этот опыт был использован в Европе и США.

Реабилитационной средой может быть реабилитационные амбулатории и стационары, «дома на полпути», реабилитационные общежития; монастыри, мечети, сообщества Анонимных Наркоманов (АН), Анонимных Алкоголиков (АА), семья.

В зависимости от защищенности больных от употребления наркотического средства, можно выделить три вида РС для наркологических больных:

1) открытая РС – специализированная поликлиника (наркологический диспансер, кабинет, амбулатория), сообщества АА, АН, семейные клубы трезвости и др., но только в том случае, если они свободны от ПАВ и если в них создан высокий уровень защищенности больных от влияния наркоманической субкультуры и употребления наркотиков;

2) полузакрытая РС – дневной стационар, терапевтическое сообщество, община, реабилитационное общежитие, «дом на пол-пути» и др.;

3) закрытая РС – наркологический реабилитационный центр или больница, монастырь/храм, а также пенитенциарные учреждения, как особая система реализации реабилитационных программ. Для реадaptации и ресоциализации абсолютно необходимо дистанцирование наркозависимого от при-

вычного эрзац-социума, включение реабилитируемого в интенсивные трудовые процессы, их проживание и работа в сопровождении опытных наставников в терапевтических коммунах и сообществах, воспроизводящих все параметры полноценного социума [5].

РС следует рассматривать в качестве промежуточного звена между открытым обществом и пациентом. Воздействие на больного осуществляется не прямо через общество (макросреду), а опосредованно, через специально организованную среду (микросреду) реабилитационного учреждения. В этой связи, формируемые в РС позитивные традиции, ритуалы и правила приобретают особое психотерапевтическое значение. Умение реализоваться в РС является одним из основных этапов выздоровлений.

II. Диагностические технологии

Объединяют все виды обследования: психическое, психологическое, соматическое, лабораторное, медико-генетическое, социологическое.

III. Терапевтические (лечебные) технологии: фармакотерапия, физиотерапия, электротерапия, лечебная физкультура, иммунотерапия, ароматерапия и фитотерапия, апитерапия.

IV. Психотерапевтические и психокоррекционные технологии помимо работы с наркозависимыми включают групповую и семейную психотерапию с созависимыми, которые могут сохранять множество деструктивных представлений и паттернов поведения, препятствующих реабилитации и ресоциализации: манипуляции, ауто- и гетеродеструкция, сужение кругозора и интересов, мистическое мышление, поведение «опекуна» или «жертвы», провоцирующее поведение, фиксация на неудачах, «запрограммированность» на неудачу, ожидание рецидива [10].

V. Терапия занятостью - стратегическая основополагающая технология реабилитации. Установлено, что социально-позитивные формы активности препятствуют обострению патологического влечения к ПАВ, формирует у пациентов новое оптимистичное отношение к жизни и вырабатывает навыки к регулярному труду, стимулирует самостоятельность и способствует их ресоциализации. В выступлении на заседании Совета Федерации 30 июня текущего года В.Матвиенко озвучила возможные пути решения вопросов трудовой реабилитации и ресоциализации. Так в некоторых регионах, например, в Калужской области, заключены соглашения со службами занятости населения для оказания содействия в трудоустройстве лицам, прошедшим реабилитационные программы. В настоящее время, прорабатываются возможности развития сети сельскохозяйственных коммун. Уже зарегистри-

рованы 15 подобных крестьянско-фермерских хозяйств. Глава СФ считает целесообразным создание в каждом регионе на базе сельскохозяйственных и иных производств пилотных кластеров социальной реабилитации и ресоциализации. Такие кластеры уже организуются в Псковской и Костромской областях и Ставропольском крае на принципах государственно-частного партнерства и софинансирования федерального центра и регионов [7]. Помимо трудовой деятельности, терапия занятостью подразумевает самообслуживание, учебу, занятия по интересам, спорт, организованный досуг.

VI. Социотерапевтические технологии включают приобретение профессии, учебу, трудоустройство, юридическое сопровождение; психотерапевтическую поддержку семьи. Немаловажную роль в воспитании у молодежи отрицательного отношения к наркотикам играет разработанная по инициативе Совета Федерации и утверждённая три года назад Президентом России Национальная стратегия действий в интересах детей (Указ Президента РФ от 01.06.2012 № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы»)

VII. Духовно-ориентированные технологии представлены религиозной составляющей, библиотерапией, гуманистическим мировоззрением.

IX. Система социального сопровождения наркозависимого из реабилитационного пространства в программы трудовой социализации социализации, коррекция нарушений первичной и вторичной социализации (временное трудоустройство на 1 день в неделю, на 2–3 дня в неделю), сопровождение в процессе трудоустройства, сопровождение после трудоустройства, тренинги самопрезентации, резюме, ситуации собеседования, увольнения [10].

Подготовка кадров

В ходе заседания Совета Федерации В. Матвиенко особое внимание спикер обратила на подготовку кадров. В настоящее время на основании федеральных образовательных стандартов разработана программа подготовки специалистов в сфере социальной реабилитации и ресоциализации наркоманов. Все заинтересованные лица могут пройти обучение на кафедре наркологии, психотерапии и правопедения Астраханского медицинского университета

Список литературы

1. Батищев, В. В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение / В. В. Батищев, Н. В. Негериш ; Россий. благотвор. фонд «Нет алкоголизму и наркомании». – М., 2001. – 184 с.

2. Дудко, Т. Н. Роль социального работника в процессе реабилитации наркологических больных : метод. рекомендации / Т. Н. Дудко, В. Е. Пелипас, В. И. Ревенк. – М. : 1998. – 29 с.
3. Дудко, Т. Н. Дифференцированная система реабилитации в наркологии : метод. рекомендации / Т. Н. Дудко, В. А. Пузиенко, Л. А. Котельникова. – М., 2001. – 40 с.
4. Иванов, В. П. Электрон. ресурс. – Режим доступа : [www. Ria.ru/beznarko_news](http://www.Ria.ru/beznarko_news).
5. Иванов, В. П. Выступление на заседании Государственного антинаркотического комитета 21.12.2011. / В. П. Иванов // Наркология. – 2012. – № 1. – С. 13–15.
6. Иванов, В. П. Выступление на заседании Правительства РФ 20 ноября 2014 г. : электрон. ресурс / В. П. Иванов. – Режим доступа : government.ru.
7. Матвиенко, В. Выступление на заседании Совета Федерации 30 июня 2015 г. : электрон. ресурс / В. Матвиенко. – Режим доступа : government.ru.
8. Основные технологии лечебно-реабилитационной помощи больным наркомагией : метод. рекомендации. – М., 2009. – 28 с.
9. Реабилитация наркологических больных в условиях стационара Новая медицинская технология : метод. рекомендации // под ред Т. Н. Дудко. – М., 2006. – 74 с.
10. Шайдукова, Л. К. Модель реабилитации наркозависимых в современном реабилитационном центре / Л. К. Шайдукова, Л. Н. Халабуда // Наркология. – 2012. – № 2. – С. 72–76.
11. Режим доступа : <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc>.
12. Режим доступа : http://www.fskn.gov.ru/includes/periodics/events_all/2015/0630/114538409/detaishtml).

О. В. Волчкова, И. А. Бакалым

**О ПРЕИМУЩЕСТВАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПСИХОДИАГНОСТИКИ ЛИЧНОСТИ
В ВОПРОСАХ СТАЦИОНАРНОЙ ВОЕННОЙ
И ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

Проведение военной экспертизы в условиях психиатрического стационара назначается с целью решения вопроса пригодности призывника к военной службе по состоянию его психического здоровья. Следует отметить важность такого исследования именно в стационаре, так как это помогает исключить симулятивные тенденции.

Стоит учесть, что иногда призывники, во что бы то ни стало, хотят служить в армии, и поэтому порой пытаются скрыть различные обострения болезней или дефекты психической сферы. Кроме того, всё чаще встречается такой контингент людей призывного возраста, который, в силу различных причин и вовсе не желает служить в армии, вследствие чего склонен преуменьшать свои возможности и способности, а порой и симулировать нали-

чие различных психических расстройств. Очень важно выявлять такие случаи, так как пребывание таких военнослужащих в армейских рядах может привести к нежелательным, печальным, даже трагическим последствиям. В стационаре проводится умелое, профессиональное наблюдение и объективная фиксация результатов и исследований.

Аналогично этому, трудовая экспертиза в психиатрическом стационаре призвана определить степень нетрудоспособности испытуемых, и осуществляется врачебно-консультативными комиссиями (ВКК) и врачебно-трудовыми экспертными комиссиями. Как и в случае с военной экспертизой, довольно часто лица, направленные для прохождения ВВК, бывают заинтересованы в получении пенсионных выплат, либо напротив, отрицают наличие у себя психического заболевания и стремятся скрыть его симптомы.

Современные психологи, практикующие в медицинской сфере имеют на вооружении целый арсенал разнообразных методов психодиагностики личности, исследование которой является одним из базисных вопросов при решении диагностических задач в рамках различных видов экспертиз. Как правило, в багаже любого психодиагноста имеются методики различных типов, как то: личностные опросники, созданные на базе одной или нескольких шкал установок (к примеру, Личностный опросник Г. Айзенка, 16-факторный личностный опросник Кеттела, Личностный опросник Г. Шмишека); тестовые методики, в которых испытуемому предлагается дать ранговую оценку какому-либо событию, явлению или своим личностным качествам («Семантический дифференциал» Остуда, «Тест конструкторов» Келли, «Тест цветовых предпочтений» Люшера); проективные методики, в основе которых лежит механизм, впервые обнаруженный З. Фрейдом, и описанный как процесс приписывания своих чувств, желаний, являющихся неприемлемыми для человека, объекту, находящемуся вовне (Рисованный апперцептивный тест «РАТ», «Тест руки» Вагнера, «Тест Фрустрации» Розенцвейга и т. д.). Для получения более объективных данных, разные по типу методики обычно используются в комплексе, и в результате взаимодополняют друг друга, составляя цельную картину личности испытуемого.

Следует отметить, что контингент обследуемых, с которыми патопсихологии имеют дело при проведении диагностики для военной или трудовой экспертизы, в большинстве случаев отличается такими особенностями, как повышенная склонность к установочному поведению (и как следствие – произвольному искажению результатов работы со стимульным материалом), а так же нарушение критических функций (что в данном случае может обесценивать методики, связанные с ранговой оценкой или построением шкал). В последнее время мы так же сталкиваемся с неуклонным снижением социо-

культурного уровня испытуемых, что ограничивает психолога в выборе диагностического инструментария.

Основные проблемы, возникающие при использовании в данных условиях личностных опросников и тестовых методик, способны проиллюстрировать следующие примеры:

– *Испытуемый Н. (диагноз, установленный экспертной комиссией – Расстройство личности), в процессе эксперимента проявляет скрываемую негативную установку по отношению к самой процедуре обследования, при работе с личностным опросником заполняет бланк для ответов в случайном порядке, не читая текста вопросов. Мотивирует свое поведение следующим образом: «Сказано было бланк заполнить, я заполнил»;*

– *Испытуемый С. (Шизофрения), склонный к диссимуляции, отвечает на вопросы личностного опросника в соответствии с собственными представлениями о социально предпочитаемых формах поведения: «Здесь написано, «любите ли вы животных?». Я не люблю животных, но большинство других людей любят, так что я ответил утвердительно, чтобы получить хороший результат».*

В клинической практике подобные случаи не редкость, при этом отдельную проблему составляет исследование испытуемых с невысоким образовательным и (или) интеллектуальным уровнем, для которых представляет трудность сам факт чтения вопросов и их осмысление. В данной ситуации проективные методики являются более универсальным инструментом диагностики личности, невзирая на относительную сложность обработки результатов, в отличие от опросников и шкальных тестов, которые зачастую могут быть обработаны механически, с использованием соответствующих компьютерных программ. Проективные методики представляют собой специальную технику клинико-экспериментального исследования тех особенностей личности, которые наименее доступны непосредственному наблюдению или опросу.

Принято говорить о следующих отличительных признаках проективных методик:

1) так называемая неопределенность стимульного материала или инструкции к заданию, благодаря чему испытуемый обладает относительной свободой в выборе ответа или тактики поведения;

2) деятельность испытуемого протекает в атмосфере доброжелательности и при полном отсутствии оценочного отношения со стороны экспериментатора. Этот момент, а также то, что испытуемый обычно не знает, что в его ответах диагностически значимо, приводят к максимальной проекции личности, не ограничиваемой социальными нормами и оценками;

3) проективные методики измеряют не ту или иную психическую функцию, а своего рода модус личности в ее взаимоотношениях с социальным окружением.

Благодаря этим качествам становится возможным получить объективный материал, необходимый для анализа, даже от подэкспертных с установочным поведением, по разным причинам стремящихся исказить результаты своей работы с психологическими методиками.

Тем не менее, при оценке диагностической значимости проективных методик встречаются неоднозначные мнения об эффективности данного направления, при этом многие исследователи занимают пессимистическую позицию. Так, по мнению

Р. Кеттелла, проективные методики характеризует крайне слабая научная обоснованность. Основные аргументы Р. Кеттелла состоят в следующем:

1) проективная психология оказалась не способной четко сформулировать гипотезу о том, какие слои личности преимущественно отражаются в показателях проективных тестов – открыто проявляющиеся, осознаваемые или, напротив, бессознательные, скрытые;

2) интерпретационные схемы не учитывают, что защитные механизмы – идентификация и проекция – могут исказить восприятие проективных стимулов одновременно и притом в разных направлениях;

3) остается неясным вопрос о том, какие именно личностные переменные проецируются – влечения, бессознательные комплексы, динамические аффективные состояния, устойчивые мотивы.

К этим аргументам, подтверждающим концептуальную слабость проективных методик, Р. Кеттелл считает нужным добавить упрек в низкой надежности и валидности проективных процедур.

Традиционное допущение в отношении проективных методик состояло в том, что ответы индивидуума на предъявляемые ему неоднозначные стимулы отражают существенные и относительно устойчивые свойства личности. Однако увеличивающееся число исследований свидетельствует о том, что на ответы влияет множество других факторов: временные состояния – голод, недосыпание, тревога и фрустрация; создаваемые инструкциями установки, характеристики тестирующего; восприятие тестируемой ситуацией тестирования; факторы способности, особенно вербальной способности.

Ответы в проективном тесте могут обоснованно интерпретироваться только при условии, что тестирующий имеет в своем распоряжении подроб-

ную информацию об обстоятельствах, при которых эти ответы получены, а также о способностях и биографии тестируемого.

Однако перечисленные недостатки несколько не умаляют достоинств проективных методик.

Исходя из описанного выше, можно отметить, что проективные методы исследования личности действительно не являются панацеей в вопросах экспертной диагностики и для большей объективности требуют применения в комплексе с методиками других типов, вместе с тем их преимущество в клинической практике очевидно. Замаскированность цели проективных техник уменьшает возможность испытуемого давать такие ответы, которые позволяют произвести социально желательное впечатление; и, самое важное, использование проективных методов открывает перспективу проникновения в уникальный внутренний мир человека, что не позволяют сделать стандартизованные тестовые процедуры.

Список литературы

1. Соколова, Е. Т. Проективные методы исследования личности / Е. Т. Соколова.
2. Венгер, А. Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство / А. Л. Венгер. – М. : ВЛАДОСС-ПРЕСС, 2003.
3. Станишевская, М. М. Применение проективных методик при диагностике типов реакций личности / М. М. Станишевская, В. В. Гульдан, М. Т. Владимирская // Вопросы диагностики психического развития. – Таллин, 1974.
4. Проективная психология. Антология. – М., 2010.
5. Бурлачук, Л. Ф. Введение в проективную психологию / Л. Ф. Бурлачук. – Киев : Ника-Центр, 1997.
6. Анастази, А. Психологическое тестирование / А. Анастази, С. Урбин. – СПб. : Питер, 2002.

П. А. Гнедко

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНОГО ПОДХОДА В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ ФГОС

В современном российском обществе происходит модернизация системы образования в направлении повышения качества образования и его доступности с целью поддержки и развития личности каждого ребёнка, сохранения его психофизического здоровья.

Основная задача модернизации современной школы – это повышение качества общего образования, которое связывается с достижением новых об-

разовательных результатов. Это предполагает внесение существенных изменений в практику деятельности педагога и образовательного учреждения в целом. Необходимым становится не получение самих знаний, а приобретение учащимися знания о том, как и где их применять, знание и понимание того, как информацию добывать, интерпретировать или создавать новую. Ведь качественный результат образования – это не только знания по конкретным дисциплинам, но так же и умение применять эти знания в повседневной жизни. Учащийся должен обладать целостным социально-ориентированным взглядом на мир. Это возможно лишь в результате объединённых усилий всех специалистов в системе образования.

Таким образом, желая сместить акцент в образовании с усвоения фактов и абстрактных знаний на овладение способами взаимодействия с миром, мы приходим к осознанию необходимости изменить характер учебного процесса и способы деятельности учащихся.

В общеобразовательных организациях обучение проводится в соответствии с новыми образовательными стандартами. Методологической основой федеральных государственных образовательных стандартов (ФГОС) является системно – деятельностный подход, нацеленный на развитие личности, формирование гражданской идентичности и концептуально базирующийся на обеспечении соответствия учебной деятельности обучающихся с учётом возраста их индивидуальным особенностям и возможностям.

При данном подходе основным элементом работы учащихся является решение практических задач, то есть, освоение деятельности, особенно новых видов деятельности: учебно – исследовательской, поисково-конструкторской, творческой и другой. Из пассивного потребителя знаний учащийся становится активным субъектом образовательной деятельности.

Деятельностный подход к обучению предполагает наличие познавательного мотива и конкретной учебной цели.

Сущность системно-деятельностного подхода проявляется в формировании личности учащегося и продвижении его в развитии в процессе его собственной деятельности, направленной на «открытие нового знания». Ещё в 1988г. группа отечественных учёных утверждала: «деятельностный подход ориентирует не только на усвоение знаний, но и на способы этого усвоения, на образцы и способы мышления и деятельности, на развитие познавательных сил и творческого потенциала ребёнка. Этот подход противостоит вербальным методам и формам догматической передачи готовой информации, монологичности и обезличенности словесного преподавания, пассивности

учения школьников, наконец, бесполезности самих знаний, умений и навыков, которые не реализуются в деятельности».

Основной результат обучения – это развитие личности ребенка на основе учебной деятельности, а основная педагогическая задача в условиях применения системно-деятельностного подхода при реализации ФГОС - это создание и организация условий, инициирующих детское действие.

Системно-деятельностный подход предполагает:

– воспитание и развитие качеств личности, отвечающих требованиям информационного общества, инновационной экономики, задачам построения демократического гражданского общества на основе толерантности, диалога культур и уважения многонационального, поликультурного и поликонфессионального состава российского общества;

– переход к стратегии социального проектирования и конструирования в системе образования на основе разработки содержания и технологий образования, определяющих пути и способы достижения социально желаемого уровня (результата) личностного и познавательного развития обучающихся;

– ориентацию на результаты образования как системообразующий компонент ФГОС, где развитие личности обучающегося на основе усвоения универсальных учебных действий, познания и освоения мира составляет цель и основной результат образования;

– признание решающей роли содержания образования и способов организации образовательной деятельности и учебного сотрудничества в достижении целей личностного, социального и познавательного развития обучающихся;

– учет индивидуальных возрастных, психологических и физиологических особенностей обучающихся, роли и значения видов деятельности и форм общения для определения целей образования и воспитания и путей их достижения;

– обеспечение преемственности дошкольного, начального общего, основного и среднего (полного) общего образования;

– разнообразие индивидуальных образовательных траекторий и индивидуального развития каждого обучающегося (включая одаренных детей и детей с ограниченными возможностями здоровья), обеспечивающих рост творческого потенциала, познавательных мотивов, обогащение форм учебного сотрудничества и расширение зоны ближайшего развития.

Ведущая роль в реализации и эффективном применении системно деятельностного подхода принадлежит учителю, который является организатором процесса познания и ставит задачу развития самостоятельной деятельности учащихся, при этом важно все: и отказ от авторитарного стиля общения в пользу демократического, и личные качества учителя, и его профессиональная компетентность, и способность к саморазвитию.

Системно-деятельностный подход при реализации ФГОС обеспечивает достижение планируемых результатов освоения основной образовательной программы начального, основного и среднего общего образования и создает основу для самостоятельного успешного усвоения обучающимися новых знаний, умений, компетенций, видов и способов деятельности.

Л. П. Гуреева, Л. М. Приуполина, В. А. Хазова, Л. Н. Хилова

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ
ТРАНСОВО-МЕДИТАТИВНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ
«ВСТРЕЧА С ЦЕЛИТЕЛЕМ»
ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ
И СТАБИЛИЗАЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ
У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ ИБС**

Среди заболеваний, представляющих угрозу для жизни и здоровья населения нашей планеты, первые два места принадлежат ишемической болезни сердца (ИБС) и депрессивными и/или тревожными расстройствами разной степени выраженности. Тревожные состояния сочетаются с сердечно-сосудистой патологией, чаще, чем с целым рядом других заболеваний, поскольку при таком сочетании клинические проявления обоих заболеваний образуют общие симптомы: повышенная утомляемость, нарушение сна, снижение аппетита, тревожность, страх за своё здоровье. Тревожно-депрессивные состояния, могут самым неблагоприятным образом повлиять на течение и исход болезни (известно, к примеру, что пациенты, страдающие депрессией и тревожно-депрессивным состоянием, меньше следуют указаниям лечащего врача по приёму медикаментов, соблюдению до- и послеоперационного режима). Поэтому успех лечения в очень многом зависит именно от стабильного эмоционального состояния и психологического настроения пациента.

Целью нашего исследования явилась оценка уровня тревоги и его динамики у больных страдающих ИБС при использовании Методики трансово-медитативной само регуляции «Встреча с целителем».

Методы исследования: клиникопсихопатологический метод (структурированное интервью), госпитальная шкала тревоги и депрессии (Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983), методика трансово-медитативной саморегуляции «Встреча с целителем» (В. А. Ананьев. – СПб. : ИМАТОН, 2006).

Результаты: В период с марта 2015 г. по август 2015 г. врачом психотерапевтом было обследовано 58 пациентов ОКД, страдающих ИБС – основная группа. Из них мужчин 43 человек в возрасте от 54 до 69 лет, средний возраст 62,5; женщин – 15 человек в возрасте от 46 до 65 лет, средний возраст 59,2 и 56 человек – группа сравнения (42 мужчин в возрасте 54–69 лет, средний возраст 60 и женщин 16 человек в возрасте 48–65 лет, средний возраст 58 лет).

В исследование вошли пациенты с диагнозом ИБС (артериальная гипертензия, аритмия, стенокардия, инфаркт миокарда), были исключены пациенты с заболеваниями, не относящимися к сердечно-сосудистой системе.

В психическом статусе большинства больных данной группы отмечались раздражительность, тревожность, нарушение сна, аффективная лабильность, вегетативная лабильность, суетливость, неуверенность, в некоторых случаях снижение памяти и ригидность мышления.

Таким образом, группы достоверно не отличались друг от друга по полу, возрасту, соматической патологии.

Среди обследованной группы (основная) у 42 пациентов выявлена субклинически выраженная тревога, у 16 пациентов клинически выраженная тревога. Группа (сравнения) у 44 пациентов выявлена субклинически выраженная тревога, у 14 клинически выраженная тревога.

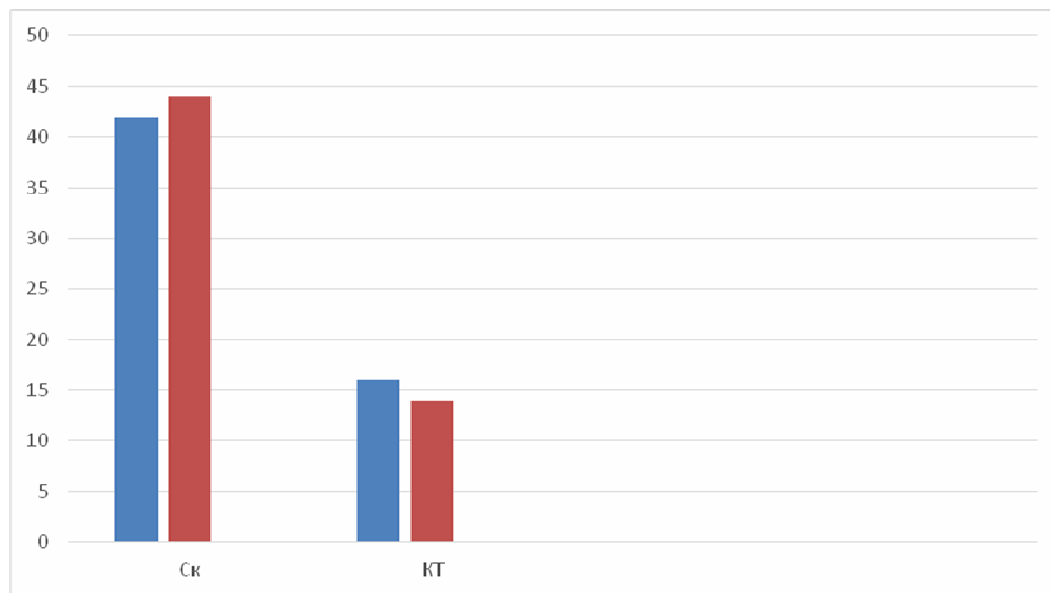
Исследование проводилось в три этапа:

1 этап – интервьюирование, первичное тестирование пациентов обеих групп с помощью Госпитальной шкалы тревоги/депрессии (HADS)

2 этап – Курс психотерапии проведение 10 групповых занятий по 40 минут (основная группа). Транс - медитативный аудиосеанс «Встреч с целителем». Это оздоровительный комплекс трансово-медитативных упражнений направлен на пробуждение целительных ресурсов организма для профилактики нервно-психических и психосоматических расстройств, а также для устранения их симптоматики.

3 этап – повторное тестирование обеих групп с помощью Госпитальной шкалы тревоги/депрессии (HADS)

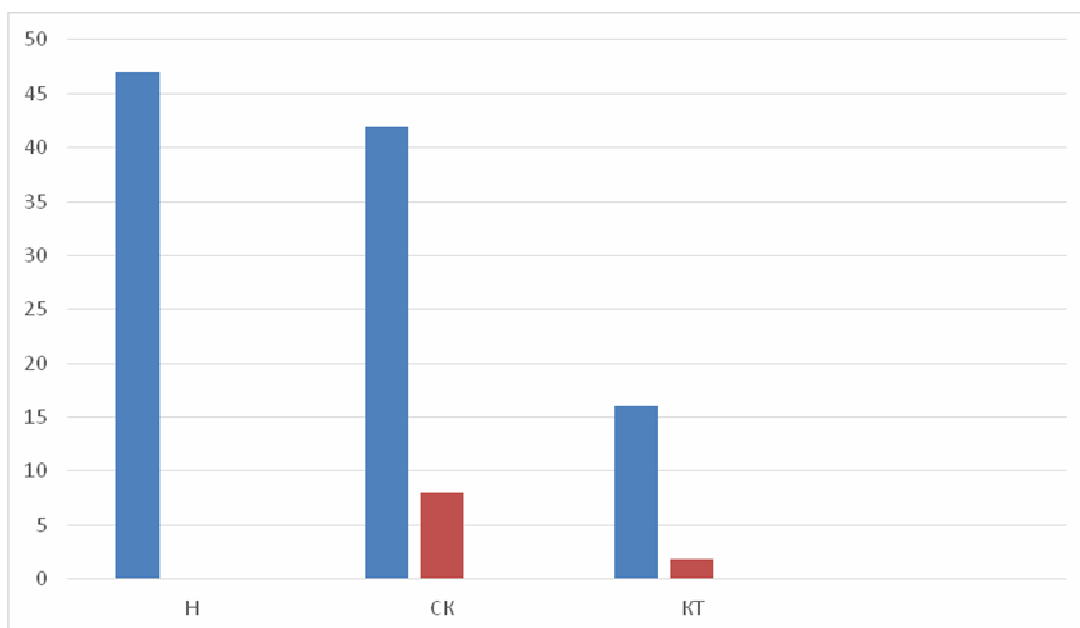
В клинической картине преобладали ситуационно и самотогенно обусловленные тревожно-депрессивные и тревожно-фобические расстройства.



Ск. – субклиническая тревога

Кт. – клиническая тревога

Диаграмма до проведения курса психотерапии



Ск. – субклиническая тревога

Кт. – клиническая тревога

Н – норма

Диаграмма после проведения курса психотерапии

По данным Госпитальной шкалы тревоги/депрессии (HADS) в основной группе отмечалось снижение уровня тревоги на 20 % и отсутствие тревоги у 80 %, тогда, как в группе сравнения изменений не отмечалось.

Выводы: Работа психотерапевта на базе кардиодиспансера позволяет выявить психопатологические расстройства у пациентов. Можно утвер-

ждать, что сердечно-сосудистые заболевания протекают, в большинстве случаев, с тревожными состояниями. Психотерапевтические мероприятия положительно влияют на эмоциональное состояние пациентов, и значительно снижают уровень тревожности. Снижают у больных кардиологического профиля риск развития психогенных нарушений. Психологическая коррекция позволяет относительно в короткий срок изменить отношение к заболеванию, повысить социальную активность пациента и оптимизировать внутреннюю картину болезни.

З. Р. Еловчиева, Т. А. Смахина

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ, ПЕРЕЖИВАЮЩИХ СИТУАЦИЮ РАЗВОДА РОДИТЕЛЕЙ

По приблизительным подсчетам, ежегодно в России более 600 тыс. детей становятся непосредственными участниками развода родителей [1].

Несмотря на противоречивость и неоднозначность результатов исследований, посвященных изучению характера влияния развода на детей, не вызывает сомнений необходимость оказания психологической помощи, а в некоторых случаях и длительного психологического сопровождения тех несовершеннолетних, у которых в ситуации развода существует высокий риск развития различных нарушений психического и психологического здоровья. В то же время, как свидетельствуют данные комплексного психолого-психиатрического обследования 82 детей, проходивших экспертизу в ГНЦ ССП имени В. П. Сербского по гражданским делам в связи с разводом, у преобладающего числа (73 %) на различных этапах ситуации развода отмечались те или иные формы психических нарушений или ухудшения психического состояния. Так, в период, предшествовавший разводу, ухудшение психического состояния (по материалам гражданских дел) отмечалось у 31 % детей. На фактический развод родителей изменением психического состояния отреагировала четверть всех детей. Сведения об ухудшении психического состояния детей после их встреч с отдельно проживающим родителем было зафиксировано примерно в 27 % случаев [3]. Однако на момент прохождения КСППЭ у 78 % детей не было выявлено признаков какого-либо выраженного психического расстройства. Этот факт свидетельствует о том, что у значительного числа несовершеннолетних в ситуации развода наблюдаются различные по глубине и степени выраженности эмоциональные и пове-

денческие нарушения, которые носят временный характер и впоследствии могут практически полностью нивелироваться. В связи с этим такие нарушения могут быть расценены как реакции, не выходящие за рамки нормативного реагирования дошкольников на выраженную психотравмирующую ситуацию.

Семья, как главный источник развития личности, оказывает на ребенка огромное влияние. Родители являются носителями эмоционального и социального поведения. Основным элементом научения в дошкольном возрасте все еще является подражание. И ребенок копирует поведение взрослого и в совладение со стрессом. Выявлена достоверная связь между показателем взаимопонимания между родителями и проявлением замкнутости у детей ($r_s 0,47$), между показателем сходства семейных символов у родителей и проявлением тревожности у детей ($r_s 0,36$), между показателем сходства символов семьи у родителей и проявлением чувства одиночества у детей ($r_s 0,41$), между показателем лёгкости общения между родителями и проявлением у детей неуверенности в себе ($r_s 0,45$) [2].

Переживания детей и последствия стрессов описаны многими авторами: Ю. А. Александровским, Ф. Б. Березиным, Ф. Е. Василюк, Е. Н. Игнатовой, Л. В. Куликовым, Л. А. Китаевым-Смыком и др. Изучение их работ поможет практическому психологу профессионально дифференцировать признаки стрессового состояния детей.

Обнаружено, что дети 3,5–4,5 лет проявляли повышенную агрессивность, переживание чувства утраты, тревожность. Было характерно проявление чувства вины за распад семьи. У других развивалось устойчивое самообвинение. Наиболее уязвимые дети отличались бедностью фантазии, резким снижением самооценки, депрессивными состояниями.

В результате было установлено, что мальчики этого возраста переживают распад семьи более драматично и остро, чем девочки, т. к. у мальчиков не происходит идентификации с отцом в период, когда начинается интенсивное усвоение стереотипов мужского ролевого поведения. У девочек идентификация в период развода меняется в зависимости от характера переживаний матери.

У детей 5–6 лет наблюдается усиление агрессии и тревоги, раздражительность, неугомонность. Дети этой возрастной группы отчетливо представляют, какие изменения в их жизни вызывает развод. Они способны рассказать о своих переживаниях, тоске по отцу, желании восстановить семью. У детей не наблюдалось ярко выраженных задержек в развитии или снижения самооценки. Девочки старшего дошкольного возраста переживали распад семьи сильнее, чем мальчики: тосковали по отцу, мечтали о повторном браке матери

с ним, приходили в состояние крайнего возбуждения в его присутствии. Наиболее уязвимых детей 5–6 лет отличало острое чувство потери: они не могли говорить и думать о разводе, у них были нарушены сон и аппетит [4].

Наиболее уязвим при распаде семьи единственный ребенок. Те, у кого есть братья и сестры, намного легче переживают развод: дети в таких ситуациях вымещают агрессию или тревогу друг на друга, что значительно снижает эмоциональное напряжение и уменьшает вероятность нервных срывов.

Психоэмоциональное напряжение лишает ребенка естественного для его возраста состояния радости и приводит к неврозам, и психосоматозам.

С. А. Терехина, в своем исследовании характеристик системы оценивания уровня психоэмоционального благополучия детей в ситуации развода подчеркивает, что «разработка эффективной системы оказания психологической помощи несовершеннолетним, переживающим развод родителей, в качестве предварительного этапа предполагает создание системы комплексной оценки психического и психологического состояния таких детей и подростков с последующей разработкой критериев такой оценки, с выделением отдельных факторов и их сочетаний, способствующих возникновению и развитию различных форм психических расстройств, а также проявлений психологического неблагополучия» [5].

Применительно к коррекции нарушений в эмоциональной сфере детей это означает, что она обязательно должна предусматривать работу с родителями, направленную на минимизацию неблагоприятного влияния негативных особенностей их общения на эмоциональную сферу ребёнка.

Список литературы

1. Гонина, О. О. Влияние особенностей общения между родителями на эмоциональную сферу их детей дошкольного возраста / О. О. Гонина // Концепт. – 2014. – № 03 (март). – Режим доступа : URL: <http://ekoncept.ru/2014/14071.htm>.
2. Белоус, О. В. Профилактика нарушений личности ребенка в семье / О. В. Белоус // Психология и право. – 2012. – Режим доступа : www.psyandlaw.ru.
3. Карабанова, О. А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования : учеб. пособие / О. А. Карабанова. – М., 2010
4. Мириманова, М. С. Психологическая помощь дошкольникам и их родителям в преодолении стрессовых ситуаций. Семья, брак и родительство в современной России / М. С. Мириманова ; под ред. Т. В. Пушкаревой, М. Н. Швецовоой, К. Б. Зуева. – Когито-Центр Москва, 2014.
5. Терехина, С. А. Подходы к оценке психологического благополучия несовершеннолетних при разводе родителей / С. А. Терехина // Психология и право». – 2015. – № 1. – Режим доступа : www.psyandlaw.ru .

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Одним из часто встречающихся нарушений в период беременности являются депрессии. Они различаются по степени выраженности, что позволяет рассматривать по крайней мере три отдельных состояния. К ним относят синдром реактивной депрессии и невротическую депрессию, а также депрессию в структуре эндогенного заболевания (Крепелин Э., 1891).

Депрессивные чувства: печаль, безрадостность, уныние, подавленность, усталость, раздражительность - знакомы всем. Если они проходят быстро, вызваны отрицательными жизненными событиями, невыражены, то можно думать о реактивных невротических образованиях, включая реакции и неврозы. В случае, если депрессивные чувства сильны, длительны и глубоко переживаемы и возникли без видимых причин, то необходима дифференциальная диагностика болезненного состояния с эндогенной психотической депрессией.

Характерными для эндогенных депрессий признаками являются: ранние утренние пробуждения (поздняя бессонница), суточные колебания настроения (ухудшение настроения в утренние часы), подавленное печальное выражение лица, заторможенная речь, чувство вины, тоски, печали, отчаяние, трудности принятия решения, сухость во рту, запоры, тахикардия, мысли о смерти, самоубийстве. Наличие у беременной признаков эндогенной депрессии, а также риск суицида, являются безусловным показанием для консультации пациентки у врача-психиатра.

Невротические депрессии представлены такими симптомами как лабильность настроения с тенденцией к снижению вечером, нередко сочетающаяся с тревогой за свое здоровье, настоящую беременность, здоровье ребенка, страх его потерять; затруднение засыпания или поверхностный сон, чувство усталости, отсутствие сил, колебание давления, сердцебиение.

Такая категория женщин чаще всего обращается к врачу общей практики или участковому гинекологу.

Для диагностики депрессии основное значение имеют клинические признаки. Для дополнительного исследования могут быть применены психологические опросники, цветовой тест Люшера, проективные рисуночные методики.

К часто встречающимся на ранних сроках беременности причинам невротических депрессий относятся супружеские и внутриличностные конфликты, связанные с сомнениями сохранить или прервать беременность. Тяжелые утраты, выкидыши, антенатальная гибель плода в анамнезе также

являются психогенными факторами, приводящими к развитию невротической депрессии. С такой категорией женщин мне часто приходится встречаться, работая в кабинете кризисной беременности.

Привожу пример из моей практики. На приеме женщина 25 лет, замужем, образование высшее. По характеру мнительная, впечатлительная, обидчивая. Настоящая беременность вторая, желанная, 25 недель. Мотивирована удовлетворением материнского инстинкта, желанием иметь ребенка. Предыдущая беременность закончилась гибелью плода в 39 недель, что сформировало огромное чувство вины у моей пациентки. В настоящий момент женщина находится на стационарном лечении в отделении патологии беременных с признаками угрозы прерывания.

Психический статус: ориентирована правильно. Контакт доступен. Отвечает по существу, охотно, хотя до конца не раскрывается. Настроение снижено, лицо грустное, при беседе часто вздыхает, о смерти ребенка говорит неохотно, эмоционально лабильна, плачет. Рассказывает о том, что испытывает чувство вины, «душевной боли» перед ребенком, которого потеряла. Суицидальные мысли отрицает. Критична к состоянию. Продуктивной психосимптоматики нет. Больной выставлен диагноз: Невротическое депрессивное расстройство. В работе использовалась рациональная психотерапия, направленная на перенесение акцента с переживаний психической травмы, на ситуацию настоящей беременности, на будущее деторождение. Пациентка была крайне заинтересована в сохранении беременности, активно включилась в работу. Использовались методы лично - ориентированной, позитивной психотерапии, гипно-суггестивной. Через 2 недели признаки угрозы прерывания беременности купировались, улучшилось настроение, сон, ушла тревога и страх. Беременность завершилась срочными родами в 39 недель, и рождением живого, доношенного мальчика весом 3800 г. с оценкой по шкале Апгар 9 баллов.

Невротические депрессии в послеродовом периоде в отличие от депрессий дородовых чаще всего отличаются переживаниями женщин чувства собственной ущербности, беспомощности, невозможности справиться с заботами о ребенке, опасениями за его здоровье, семейной дисгармонии. Женщины чувствуют себя одинокими, беспомощными, лишенными поддержки. Разрешение этих проблем также требует психотерапевтического вмешательства.

Лечение невротических депрессий при беременности и в послеродовом периоде должно носить, преимущественно, немедикаментозный характер. Целью психотерапии, независимо от применяемой техники, является помощь

пациенткам в осознании своих внутриличностных проблем и их разрешении. Данная работа активно проводится в кабинете кризисной беременности Областного перинатального центра Александрo-Мариининской больницы.

Список литературы

1. Айламазян, Э. К. Психика и роды / Э. К. Айламазян. – Яблочко СО, 1996.
2. Собчик, Л. Н. Пособие по применению психологической методики ММРП / Л. Н. Собчик. – М., 1971.
3. Буль, П. И. Основы психотерапии / П. И. Буль. – Л. : Медицина, 1974.

Е. В. Кожеурова, Н. А. Молоканова

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ-ИГРОМАНОВ

Быстрое развитие компьютерных технологий в современном мире создало предпосылки к появлению нового класса увлечений – увлечения компьютерными играми. И разумеется, любое увлечение, если оно становится чрезмерным, способно нанести вред. Особенно уязвимы дети, в силу того, что эмоционально-волевая сфера их находится в стадии становления, ещё слаба и незрела. Увлечение, занявшее слишком большое место в жизни младшего школьника, вполне способно нежелательным образом воздействовать на развитие личности и неблагоприятно влиять на психологическое состояние.

С компьютерными играми проблема состоит в том, что мало что может составить конкуренцию тому, что они предоставляют: яркие образы, острые ощущения, власть над игровым миром, разнообразное социальное взаимодействие с персонажами и другими игроками – и всё это в условиях физической безопасности домашнего окружения.

С другой стороны, в условиях территориального разделения места жительства и места учёбы ребёнок существует в условиях разорванной социальной среды: школьный коллектив не пересекается с домашним кругом общения, одноклассники встречаются только в школе и после окончания уроков разъезжаются по домам, каждый живёт отдельными, в значительной степени изолированными, интересами, а «дворовый» коллектив зачастую отсутствует, не имея предпосылок к формированию.

Всё вышперечисленное как раз и создаёт условия для развития того, что называют «игроманией». Дополнительная особенность состоит в том, что чрезмерная увлечённость компьютерными играми «заразительна», будучи

способна распространяться и углубляться в силу социального взаимодействия в условиях школьного коллектива: соображения престижности, социального статуса, потребности не отставать от других – отнюдь не чужды младшим школьникам и если какая-либо популярная компьютерная игра является средством получить желаемое – увлечение быстро становится всеобщим.

Если компьютерные игры не занимают центрального места в жизни школьника, не вытесняют прочие интересы – говорить об игромании не приходится, даже если компьютерные игры занимают значительное время. Но если контроль за ними со стороны родителей и учителей недостаточен – существует риск перехода обычного увлечения в страсть. Распознать которую можно по ряду признаков:

- у ребёнка появляется постоянное состояние тревоги;
- проявляются вспышки агрессии, если что-то или кто-то мешает им заняться «любимым» делом, то есть игрой;
- ребёнок обычно проводит за компьютером всё своё свободное время, перестаёт интересоваться всем, что не имеет отношения к игре, отказывается гулять, общаться с одноклассниками на темы, не связанные с игрой;
- можно наблюдать, как ребёнок «уходит» в виртуальный мир, наделяя себя качествами, которыми хочет обладать, ведь компьютерная игра позволяет ему чувствовать себя уверенным и успешным;
- в особых случаях у ребёнка из-за чрезмерных для его возраста психофизических и психологических нагрузок появляются необычные фантазии, страх темноты, расстройства сна, ранняя близорукость.

Игромания развивается на основе внутренних и внешних факторов.

Внутренние факторы связаны с личными качествами и показывают как персональные ресурсы, так и проблемные аспекты человека в целом. В отношении социально обусловленных факторов имеется в виду следующее: низкая самооценка ребёнка, гиперактивность, агрессивность, отсутствие (нехватка) новых интересов и нежелание приобретать новые знания, неспособность самостоятельно принимать решения в критических ситуациях, низкая любознательность, неспособность разобраться в своих чувствах и эмоциях, неспособность говорить «Нет», недоразвитые навыки общения с людьми. Внешние факторы тесно взаимосвязаны с внешним окружением (социальным, культурным, физическим и семейным), которые оказывают сильное влияние на его поведение. К ним относятся: давление, оказываемое группой сверстников, отсутствие удовлетворённости от учёбы, проблемы в семейных отношениях, одиночество, стресс, постоянные конфликты вокруг [3, с. 5–6].

Как видим, предупреждение компьютерной игровой зависимости и противостояние ей – достаточно нетривиальная задача. Тем не менее, знание причин возникновения и признаков игромании позволяет находить и применять достаточно эффективные меры противодействия.

Разумеется, рамочная задача учителя и школы в целом – организовать досуг ребёнка таким образом, чтобы оградить его от давления негативных факторов, от навязчивого воздействия информационных технологий, в том числе и компьютера [1, 2]. Но при организации профилактической работы с младшими школьниками невозможно обойтись без установления продуктивного взаимодействия с родителями. При этом, как показывает практика, прямые беседы, предписания, увещевания в адрес родителей малоэффективны, ведь таковое воспринимаются ими как вмешательство во внутренние дела семьи. Но более мягкие подходы вполне действенны. Красочный стенд по теме «Внимание – игромания!» заинтересовывает и детей, и их родителей, подготавливая, в случае необходимости, почву для индивидуальных или коллективных бесед, тематических мероприятий. Кроме того, родители, будучи предупреждёнными и проинформированными о признаках игромании, начинают отслеживать её проявления, вводить разумные ограничения на использование компьютера, воспринимая учителя как компетентного союзника.

Если компьютерная зависимость уже проявилась в классном коллективе – то противостоять ей помогут такие меры:

- знание учителем и родителями предмета интересов ребёнка, достаточное, чтобы находить контакт, быть способными обсуждать то, что ребёнок интересуется; это необходимо, чтобы быть способными постепенно сменить сферу интересов, переключить на более безопасный предмет – как минимум, на другую, не приносящую такого вреда компьютерную игру;

- заинтересовать другой, более безопасной и полезной компьютерной игрой, а затем иной, конструктивной и творческой, компьютерной деятельностью;

- организовать совместное коллективное увлечение конструктивной творческой компьютерной деятельностью, в которой каждый сможет обрести успех и признание; в качестве таковой может быть, например, разработка компьютерных учебных материалов для младших классов;

- организовать совместное коллективное компьютерное увлечение, которое пересекается с конструированием и творчеством в реальном мире; в качестве такого отлично подходит, например, робототехника для детей.

Список литературы

1. Богатырева, Ю. И. Модель обеспечения информационной безопасности школьников при создании инфобезопасной среды образовательного учреждения /

Ю. И. Богатырева // Изв. Тул. гос. ун-та. Сер. Гуманитарные науки. – 2013. – Вып. 3. – Ч. 2. – С. 14–25.

2. Профилактика компьютерной зависимости. Советы психолога : электрон. ресурс. – Режим доступа : <http://do.gendocs.ru/docs/index-290630.html>.
3. Профилактика негативных явлений в молодежной среде : методи. пособие / под ред. М. Б. Дерягиной. – 2-е изд., испр. и доп. – Красноярск, 2008. – 36 с.

А. А. Козионов

ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ЗАВИСИМЫМИ И СОЗАВИСИМЫМИ ЛЮДЬМИ

В соответствие со спецификой своей деятельности сотрудники наркологических центров и социальных служб в течение длительного времени общаются с наркозависимыми и алкоголезависимыми людьми, а также с их ближайшими родственниками, находящимися с больными людьми в отношениях созависимости. Ни один человек в мире не обладает врожденным даром общения с наркоманом или алкоголиком. К такому общению приходится привыкать, осваивая его тонкости и нюансы. Контакты с наркозависимым человеком не относятся к категории приятного времяпрепровождения, чаще всего к этому вынуждают обстоятельства, чувство долга или работа.

Как правило, специалисты очень хорошо разбираются в поведенческих особенностях наркоманов, особенно, если этой работе они посвятили много лет своей жизни. Профессионализм и опыт позволяет выделять в личности больного человека ярко выраженные психические деформации. Одновременно с этим специалисты, как правило, не замечают искажений собственной психики в результате негативного влияния со стороны пациентов, которые имеют конкретно выраженную психическую патологию. Подобного рода влияния носят латентный характер и проявляются не сразу, а через определенное время. Они постепенно накапливаются психическими структурами человека и затем манифестируют себя кумулятивным эффектом в форме болезненной симптоматики, проявляющейся в виде:

- чувства усталости от работы;
- снижения умственной активности;
- постоянной раздражительности и стрессов;
- эмоционального выгорания;
- деформации морально-этических представлений и многом другом.

С целью профилактики психологических расстройств и повышению эффективности работы, для сотрудников наркологических и социальных служб необходимо в плановом порядке проводить специальную психологическую подготовку, включающую занятия и тренинги по выработке навыков восстановления душевной гармонии.

Для начала рассмотрим, как психопатологические особенности наркозависимого человека влияют на психику здорового человека. Трудности общения с наркоманом возникают, из-за того, что специалист, будучи здоровой личностью, оказывается в ситуации общения с человеком, у которого, вследствие приема психоактивных химических препаратов нарушается работа практически все систем организма, что сопровождается прогрессирующим процессом разрушения органики мозга и деградацией личностных структур (Дэниэл Дж. Амен, 2012). Действие наркотика приводит к тотальным личностным изменениям, вызывающим:

- резкое понижение уровня сознания,
- невозможность адекватно воспринимать действительность;
- потерю здорового рационального смысла в отношении своих действий и поступков и т. д.

Можно сказать, что, в противовес своим ожиданиям, специалисту приходится вступать в общение не с «разумным человеком», а с некой «бессознательной эмоциональной структурой» (БЭС), которая функционирует подобно четко заданной компьютерной программе, полностью подчиняющей волю, решения и поведение больного человека. «Бессознательная эмоциональная структура» (БЭС) имеет специфические черты. Это можно заметить, так как практически все больные наркоманией, вне зависимости от типа личности, пола, социального статуса, уровня культуры и образования, после регулярного приема наркотических препаратов начинают демонстрировать типичные особенности, которые выражаются в симптоматической форме:

- расстройства памяти и мышления;
- отсутствие логических связей;
- эмоциональной несдержанности;
- непредсказуемости поведенческих реакций;
- лживости;
- жадности;
- необязательности;
- ассоциальности поведения;
- в игнорировании морально-этических норм;
- склонности к мошенничеству;
- в эгоизме и эгоцентризме.

БЭС «ведет себя» стандартным образом, буквально вытесняет изначальную личность человека на периферию сознания и предстает перед нами на подобии гротескного и опасного «существа», целью которого является уничтожение всего того, что ранее составляло смысл и ценностные предпочтения в жизни человека. Между БЭСом и личностью здорового человека нет ничего общего. БЭС, в отличие от функционирования разума, представляет собой программу, которая изначально лишена способности к самоизменению, что с одной стороны выступает в ситуации социальных контактов, как ее сильное ригидное свойство, а с другой стороны делает из-за этого же программу уязвимой. Когда этому феномену, в процессе общения с наркозависимыми людьми не придается должного значения, тогда и возникают эффекты «эмоционального заражения» психики специалистов.

Психологические истоки БЭСов, то есть «бессознательных эмоциональных структур», коренятся в инстинктивной сфере, а на ментальном плане поддерживаются и укрепляются стойкими новообразованиями убеждений, опирающимися на архаичные когнитивные схемы (Янг, 1994). Набор новых иррациональных убеждений подчинен одной самой главной цели жизни наркозависимого человека: достать новую дозу препарата. Именно поэтому, асоциальные поступки, мошенничество, кражи, причинение вреда близким людям для наркомана не являются значимыми, поскольку его психическая активность детерминируется необходимостью регулярно восполнять уровень наркотика в крови. Кроме того, БЭС характеризуется феноменом смещения внутренних мотивационных координат в психике наркомана. В отличие от обычных людей, глубинное стремление выражает собой тенденцию к избеганию интенсивной физиологической боли, которую наркоман постоянно подсознательно ждет и которая сметает все его обещания и надежды каждый раз, когда наступает «ломка». Наркоман считает эту боль своим наказанием, полученным за стремление к наслаждению, и всеми силами стараются об этом не думать. Этот психологический процесс затрагивает морально-нравственные основы человека. Можно сказать, что в сообществе наркоманов возникает иная и довольно странная форма морали, не совпадающая с исходной моралью человека и моралью социума. Мораль наркомана обычным человеком воспринимается как «аморальность». Мораль разворачивает его в направлении удовольствия, но сталкивает с подменой. В качестве удовольствия на внутреннем плане выбирается не ощущение наслаждения от состояния здоровья, а «суррогат удовольствия», представляющий собой временное избавление от страдания, которое возникает в момент приема наркотика.

Именно этот морально обусловленный патологический процесс лежит в основе механизма аддикции или «психической зависимости». Психическая зависимость возникает у наркомана наряду с уже имеющейся у него физиологической потребностью в приеме психоактивных веществ. Психическая зависимость, являясь программой БЭС, выражается всегда одинаково – это потребность любой ценой освободиться от имеющегося в организме негативного психического напряжения. Следует отметить, что накопленный в мире колоссальный опыт работы с наркоманами убедительно говорит о том, что психическая зависимость формируется намного быстрее, чем физическая, а преодолеть и справиться с ней бывает гораздо тяжелее, чем с самой «ломкой».

Для повышения эффективности подготовки специалистов, работающих с зависимыми и созависимыми людьми, нужны специальные приемы и знания, позволяющие безопасно и эффективно контактировать и нейтрализовывать «бессознательные эмоциональные структуры». Отметим некоторые важные аспекты практических знаний общения с наркоманами, на которые должны опираться в своей работе сотрудники наркологических и социальных служб.

- Постоянное общение с людьми, у которых разрушены моральные, нравственные и личностные структуры, делает разум здорового человека беззащитным и психологически более слабым по сравнению с иррациональностью наркомана. Иррациональные паттерны мышления наркомана негативно влияют на когнитивные процессы человека вступающего с ним контакт.

- Несмотря на то, что пропагандируемый повсеместно гуманистический подход, основанный на желании помочь наркоману, кажется правильным и оправданным с позиций общечеловеческих моральных представлений, он оказывается по факту не эффективным, так как делает специалиста «слепым» в отношении БЭС, из-за того, что разум теряет ориентиры в лабиринте иррационального мышления наркомана. Гуманистический подход должен уступить свое место рациональной «терапии реальностью».

- Для сохранения психологического здоровья в процессе общения с зависимыми и созависимыми людьми специалист должен придерживаться четко определенной «метамоделли мышления», включающей в себя принципы рациональной терапии действия, ориентированной исключительно на реальность. Сознание, опирающееся на реальность, всегда является здоровым и полноценным. Благодаря специальной психологической подготовке в рамках «терапии реальности» специалист может активно осуществлять конфронтацию с иррациональными представлениями наркомана, достигая при этом не только поставленной цели, но и не причиняя вреда собственному сознанию.

- Специалисты должны помнить о подсознательных механизмах, обуславливающих эмоциональное заражение, которое активизируется при общении с психически больными людьми.

- Существуют рекомендации, где говорится о том, что специалистам нужно «проявлять доброту, заботу и понимание в отношении зависимых и созависимых людей». Такой важный прием, позволяет избегать всевозможных проявлений немотивированной агрессии в отношении себя. Этот полезный паттерн поведения становится трудно реализуемым в работе с наркозависимыми людьми, из-за того, что сотрудников наркоцентров не обучают «как именно» это делать, то есть не объясняют внутренние механизмы, позволяющие в нужный момент входить в состояние психологического дружелюбия в отношении другого человека.

- Следует помнить, что существует общая основа неприятия человеком других людей – это **моральное осуждение**. Моральное осуждение является платформой психологических стрессов, испытываемых человеком в социуме. Поэтому, чтобы реально проявить «внимание, доброту и заботу» необходимо овладеть приемами отказа от моральной оценки, хотя бы на то время, когда происходит общение с наркоманом.

- Обучение паттернам безоценочного мышления основано на принципах «Конфликтологии морали» и помогает войти в состояние «...не судите, да не судимы будете». Это особое измененное состояние сознания, благодаря которому разум получает способность системно мыслить в информационном пространстве «вне морали».

Перейдем к рассмотрению психологических принципов, позволяющих эффективно выстраивать общение с наркозависимыми людьми. Любое общение людей можно представить, как различные комбинации взаимодействия «рационального» и «иррационального» мышления. Таких комбинаций четыре:

1. «рационал» «рационал».
2. «рационал» «иррационал».
3. «иррационал» «рационал».
4. «иррационал» «иррационал».

Если специалист начинает общаться с наркоманом по первому или по четвертому типу общения, то он попадает в ментальные ловушки собственного мышления. Наркоман иррационален и поэтому, общаться с ним можно только исключительно по второму типу общения. Не нужно злиться на наркомана, и не нужно его жалеть. Тем более не следует разговаривать с наркоманом, как с разумным человеком, поскольку вместо разума приходится сталкиваться с «эмоцией». БЭС – это программа, эмоционально обусловлен-

ная ужасом от возникновения физиологической боли. Именно боль и страх обуславливают поведение и решения наркомана. И чем сильнее психоалгия, то есть субъективное психологическое предощущение этой боли, тем сильнее и активнее девиантное поведение. Преодолеть силу психологического воздействия этой программы можно только с помощью вызывания в психике наркомана альтернативного болевого ощущения. Другими словами, нужно данную программу наркозависимости парализовать, замкнув ее на саму себя, подобно древнему символу «уроборос», когда змея кусает свой хвост (чем сильнее змея пробует укусить, тем больше ей становится и это вынуждает ее успокоиться). Пока сам наркоман не захочет лечиться, ничего сделать с ним, не получится. Поэтому главная задача специалиста состоит в том, чтобы подтолкнуть его к этому лечению. Как правило, наркоманы начинают лечиться только после очень сильного эмоционального потрясения. Позднее, когда они вспоминают о таком состоянии, они говорят, что в тот момент они «дошли до самого дна».

Опираясь на вышесказанное, можно сформулировать, что психотехнология должна включать в себя комбинацию подходов. Во-первых, нужно использовать метод, позволяющий находить альтернативную мотивацию в психике наркомана, вызывающую в противоположность физиологической боли, боль душевную. Во-вторых, нужно научиться осознано и спокойно, причинять наркоману душевную боль, делая это вновь и вновь, пока интенсивность этой боли не дойдет до предельного уровня, превышающего его страх перед «ломкой». Только таким образом можно сдвинуть вектор мотивации, развернув его в сторону исцеления.

Начнем с технологии, позволяющей находить источник когнитивных противоречий, делающего наркомана иррациональным. В основе данной психотехнологии лежит первая часть «азбучного метода» рационально-эмотивной терапии Альберта Эллиса (А.Эллис, 1962), направленная на выявление иррациональных суждений. Суть метода в том, что психический процесс взаимодействия людей состоит из трех взаимосвязанных этапов:

$$A \rightarrow B \rightarrow C.$$

Вначале возникает – А (активирующее событие, стимул), которое приводит к – В (иррациональному убеждению, выраженному в форме негативной мысли), а затем возникает – С (эмоциональное и поведенческое последствие, то есть реакция). Большинство людей, находясь в состоянии негативного мышления, а тем более наркоманы, абсолютно уверены, что «внешний стимул порождает реакцию»:

$$A \rightarrow C.$$

Но это совершенно не верно! Для восприятия наркозависимого человека очевидно, что событие (А) непосредственно приводит к (С), и они в принципе не могут согласиться с научным фактом (П.К. Анохин, 1955), что на самом деле, не внешний стимул, а возникшие негативные мысли (В) вызывают эмоционально-поведенческую реакцию (С). Например, наркоман, которого бросила жена, уверен, что – А (отвержение) повлекло за собой – С (его эмоциональное страдание), тогда как в этом виноват – В (поток его негативных мыслей о том, что все люди его ненавидят).

После того, как завершено выявление иррациональных суждений, приступаем ко второй технологии, позволяющей активировать альтернативный болевой импульс. Лучше всего для этих целей подходит метод когнитивного диссонанса Леона Фестингера (Л.Фестингер, 1970), основанный на том, что столкновение противоположных мысленных представлений вызывает автоматически внутриличностный конфликт в психике человека. Когнитивный диссонанс инстинктивно порождает острую душевную боль. Эта боль сопровождается состоянием сильного психического дискомфорта. Такую боль практически невозможно терпеть, она автоматически заставляет действовать. Когнитивный диссонанс в психике побуждает к принятию поведенческих решений, направленных либо на его уменьшение, либо на его полное устранение. Градиент сил всегда направлен только в сторону изменений, ведущих к уменьшению, возникшей психической боли. Для максимального эффекта следует выбирать когнции, обусловленные исключительно внешней реальностью ситуаций и событий, в которых находится данный человек. В теории Л. Фестингера показано, что когнции реальности обладают силой в сознании, позволяющей побеждать любые иррациональные представления человека. Например, никого из нас невозможно убедить в том, что «белая стена, перед которой мы стоим, на самом деле синяя». Наше сознание подтвердит, что «стена белая». Мы всегда верим в реальность того, что есть намного сильнее, чем в свои фантазии!!!

Когнитивный диссонанс, искусственно сформированный в сознании, погружает наркомана в состояние глубокого «душевного раскаяния», заставляя его стыдиться самого себя и тех своих поступков, на которые обращает внимание специалист при общении с ним. Чтобы реализовать этот прием, нужно выбрать опорой сознания фактическую реальность, с которой наркозависимый человек должен согласиться. Здесь главным условием является то, что для двух общающихся людей, факт этой реальности должен восприниматься одинаково. В результате принятия такого факта у наркомана возникнет ощущение абсурдности своих взглядов и душевный дискомфорт. Для

того чтобы обойти естественное сопротивление БЭС в отношении интервенции диссонансных когний, нужно подводить человека к противоречию постепенно, так, чтобы он столкнулся с ним «лицом к лицу» и сам сделал вывод. Только осознание человеком присутствия в нем противоречивой, абсурдной и чужеродной по своим проявлениям «бессознательной эмоциональной структуры» вызывает боль от укоров стыда. Наркоман не верит никому, поэтому он вынужден будет поверить самому себе и своей совести, только когда он дойдет до «точки невозврата», тогда начнет раскается в том, что он творит с собой и с окружающими его людьми.

Подводя итоги, можно сказать, что «терапия реальностью» в сочетании с «когнитивным диссонансом» может стать основным методом при взаимодействии и работе с наркоманами. Контакт с наркоманом должен происходить только в одном русле – безжалостное разрушение его иррациональных представлений о нем же самом. С наркоманом не нужно рассуждать о его взглядах, не нужно объяснять ему какой он «плохой» человек, бессмысленно его осуждать, а тем более ему верить, не нужно его убеждать в здоровом образе жизни, и тем более не нужно погружаться в мир его странных иллюзий, пытаясь найти там какую-то логику разумности. Сквозь внешний вид человека нужно разглядеть в нем БЭС, разглядеть как некая чужеродная сущность, превращает его в убожество, и направить все свои силы к нейтрализации и искоренению этой программы из психики человека. Такой метод общения образно можно назвать – «методом принудительного раскаяния». Метод обеспечивает не только эффективную защиту психики специалиста, работающего с наркозависимостью, но и создает у зависимого человека мощную мотивацию к тому, чтобы полностью отказаться от наркотиков и встать на путь излечения. Особенностью данного метода является то, что, метод возможно практиковать только входя в измененное безоценочное состояние «не суда», то есть в состояние «вне морали», а в обычном моральном состоянии подобного рода действия, как правило, оказываются неэффективными.

С. С. Коновалов, Ю. Ф. Дмитриева

ИЗМЕНЕНИЕ НАПРАВЛЕННОСТИ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ РАБОТНИКА ОРГАНОВ ПРОКУРАТУРЫ

Ключевые слова: профессиональная деформация, позитивные и негативные новообразования, направленность личности в деятельности, профилактика деформаций

Профессиональная деятельность прокуроров относится к профессии социономического типа, следовательно, ей свойственны проблемы, имеющиеся у всех специалистов профессий типа «человек-человек» [3]. Известно, что в наибольшей степени профессиональная деформация проявляется у представителей тех специальностей, где работа связана с людьми.

Профессиональная деформация – это:

– *изменения сложившейся структуры деятельности и личности, негативно сказывающиеся на продуктивности труда и взаимодействии с другими участниками этого процесса;*

– *неосознанная привычка измерять явления окружающего мира в соответствии с профессиональными стандартами.*

Профессиональные деформации проявляются в профессиональном жаргоне, стиле профессиональной деятельности, манерах поведения, физическом облике. Феномен профессиональной деформации можно определить как проникновение «Я-профессионального» в «Я-человеческое».

При профессиональной деформации воздействие профессиональных рамок и установок не ограничивается исключительно профессиональной сферой. Можно сказать, что после выхода человека из профессиональной ситуации не происходит его естественного «выпрямления», поэтому даже в личной жизни человек продолжает нести на себе «деформирующий отпечаток» своей профессии [7]. А примером может послужить ситуация, когда работник приходит домой и продолжает общаться с родными в той же тональности, как и с подчиненными.

У профессиональной деформации существуют как позитивные, так и негативные последствия.

Позитивные новообразования профессиональной деформации находят отражение в личностном росте и проявляются в:

1. Более глубоком осознании самого себя, понимании окружающих людей и происходящих событий.
2. В желании анализировать жизненные ситуации.
3. Стремлении к рефлексивному общению.
4. В расширении навыков конструктивного преодоления кризисных и психотравмирующих ситуаций.
5. Повышении коммуникативных навыков.
6. В обучении личности противостоять чужому влиянию.
7. Изучении и применении на практике навыков саморегуляции.
8. В расширении взгляда на мир, актуализации толерантности к инакомыслию.

9. Разнообразии познавательного интереса.
10. В появлении новых форм самореализации.

У работников органов прокуратуры позитивные новообразования можно наблюдать в повышении умения аргументировать и доказывать свою позицию с учетом всех принятых изменений в законодательстве, принципиальности в борьбе с коррупцией, развитии своих творческих способностей, как ресурса преодоления жизненных трудностей, расширении коммуникативных способностей с помощью выступлений в средствах массовой информации, стремлении повышать свой профессиональный и личностный уровень, проявлении заинтересованности в изучении основ антимаанипуляции в ходе проведения надзорных мероприятий, обращении за консультацией к психологу.

Негативными последствиями профессиональной деформации являются:

1. Проецирование негативной проблематики на себя и на своих близких.
2. Навязчивая диагностика себя и окружающих («навешивание ярлыков» и интерпретации).
3. Консультирование окружающих.
4. Принятие роли «учителя».
5. Излишний самоконтроль, гиперрефлексия и потеря спонтанности.
6. Рационализирование (используется только часть информации и делаются только те выводы, благодаря которым свое поведение предстает как хорошо контролируемое «Лисица и виноград»), стереотипизирование (когда психологическое качество распространяют на группу: «немцы – педантичны»), уменьшение чувствительности к живому опыту (научные изыскания).
7. Пресыщение общением.
8. Эмоциональная холодность.
9. Цинизм.

В органах прокуратуры негативные последствия профессиональной деформации находят отражение в формальном исполнении служебных обязанностей, снижении интереса к работе, стремлении в кратчайший срок занять вышестоящую должность, дискредитации морального облика прокурорского работника, корыстном использовании своих властных полномочий, равнодушии к проблемам новых коллег, поддержке ложной корпоративной солидарности, возвращении личной неприязни к окружающим, черствости, высокомерии, использовании для решения конфликтных ситуаций таких средств как жалоба, угроза, рукоприкладство, склонность к обвинительной позиции в любых сферах жизнедеятельности, нежелании обращаться за помощью к специалистам.

Развитию вышеперечисленных негативных черт может способствовать ложное понимание работниками интересов службы, гипертрофированное развитие у них отдельных профессиональных качеств, конфликтный характер условий деятельности прокуратуры, соприкосновение работников в силу своих служебных обязанностей с негативной средой и (очень часто) конкретной человеческой бедой [1].

Профессиональную деформацию, степень пораженности ею, прежде всего, определяют в процессе наблюдения за поведением того или иного человека и на основе анализа совершаемых людьми поступков и действий.

Механизм возникновения профессиональной деформации имеет довольно сложную динамику. Первоначально неблагоприятные условия труда вызывают негативные изменения в профессиональной деятельности, в поведении. Затем, по мере повторения трудных ситуаций, эти отрицательные изменения могут накапливаться и в личности, приводя к ее перестройке, что далее проявляется в повседневном поведении и общении.

Начало формирования профессиональной деформации можно проследить в ходе анализа ведущей направленности личности в деятельности. Понятие направленность означает самовыражение личности в жизни, её тенденцию к самореализации.

В деятельности выделяют три вида направленности: направленность на себя, направленность на общение и направленность на дело [4]. Гармоничное сочетание трех видов направленности позволяет личности реализовать себя, достичь поставленных целей и ощущать удовлетворение от жизни. А вот доминирование одной из направленностей сужает возможности личности и свидетельствует о её незрелости, что препятствует росту профессионализма.

Для изучения направленности у руководителей органов прокуратуры использовалась анкета, разработанная Б.Бассом, «Определение направленности личности». Анкета состоит из 27 пунктов-суждений, по каждому из которых возможны три варианта ответов, соответствующие трем видам направленности личности.

В анкетировании приняли участие 28 оперативных сотрудников, из них 6 женщин и 22 мужчин. Стаж работы в руководящей должности от 1 года до 3-х лет – 4 человека, от 3-х до 5 лет – 2 человека, от 5 до 10 лет – 8 человек, свыше 10 лет – 14 человек. Результаты представлены в табл. 1.

**Среднее значение видов направленности
в деятельности руководителей органов прокуратуры**

Стаж	Направленность на себя		Направленность на общение		Направленность на дело	
	Ср. знач.	Ст.откл.	Ср. знач.	Ст.откл.	Ср. знач.	Ст.откл.
От 1г до 3-х лет	8	2,9	8,8	3,3	10,3	2,6
От 3-х до 5 лет	6,5	3,5	9	4,2	11,5	0,7
От 5 до 10 лет	7,8	4,2	7,8	1,7	11,5	3,2
Свыше 10 лет	6,5	2,5	9,2	2,2	11,3	3,2
Общий	7,1	3,1	8,7	2,3	11,2	2,9

Анализ анкетных данных показал, что ведущей является направленность на дело у большинства сотрудников вне зависимости от их стажа работы. На втором месте расположена направленность на общение и на последнем – направленность на себя.

Направленность на дело – увлеченность работой, стремление к повышению квалификации, забота о результатах своей деятельности. При доминировании направленности на дело отмечаются следующие тенденции:

- выполнение работы как можно лучше (максимализм),
- способность отстаивать в интересах дела собственное мнение с помощью авторитарных методов,
- неправильное планирование работы.

Доминирование данной направленности выявлено у 10 руководителей органов прокуратуры. Высокие баллы по параметру направленность на дело характерны для авторитарного стиля управления. Данный стиль формирует у подчиненных посредственный подход к работе, они чаще ожидают, когда руководитель скажет что и как делать. Снижение инициативы и самостоятельности в работе, использование шаблонов при решении задач, высокая исполнительность в сочетании с низкой заинтересованностью реальными результатами своей деятельности, отсутствие возможностей к раскрытию потенциала – все это наблюдалось у подчиненных в ходе исследования социально-психологического климата в коллективах. Руководитель в данной ситуации постоянно находится в «тонусе», так как вынужден все и всех держать под контролем, принимать решения в незначительных ситуациях, испытывает недостаток времени при планировании и организации деятельности.

Высокоразвитые коммуникативные способности являются одной из главных компетентностей руководителя. В норме - интерес к людям, склонность поболтать, внимательное отношение, забота о друзьях и близких.

В случаях, когда направленность на общение становится ведущей, можно наблюдать следующее:

- стремление при любых условиях поддерживать отношения с людьми (навязчивое общение),
- ориентация на совместную деятельность, но часто в ущерб выполнению конкретных заданий или оказанию помощи людям,
- ориентация на социальное одобрение, зависимость от группы, потребность в привязанности.

Доминирование направленности в общении в деятельности руководителя проявляется в снижении организационно-распорядительных функций и повышении зависимости от желаний подчиненных, подмене деловой формы взаимоотношений дружескими, сохранении благоприятной атмосферы любыми средствами, болтливость о своих сотрудниках. Высокие баллы по параметру направленность на общение выявлено у 5 респондентов. Доминирование направленности на общение характерно для попустительского стиля управления.

Невысокие баллы по данному виду направленности выявлены у 7 руководителей органов прокуратуры. Такие результаты свидетельствуют о низком уровне управленческой компетентности, о больших трудностях в управлении людьми в связи с неумением аргументировать свою позицию, правильно ставить задачи перед подчиненными, о низком стремлении к самосовершенствованию. Это можно отнести к одной из характеристик консервативного стиля управления («умеренное внимание к людям»). В данном случае рекомендовано обязательное прохождение тренинговых занятий по расширению коммуникативных способностей.

При сочетании направленности на дело и на общение формируется коллегиальный стиль управления (решетка управленческих стилей Блейка – Моутона [6]). Данный стиль управления позволяет раскрывать потенциал подчиненных и добиваться высоких результатов в деятельности – 6 руководителей.

У 6 респондентов выявлена ведущая направленность на себя. В норме направленность на себя – стремление личности к сохранению своего я, удовлетворению своих потребностей, опора на свою интуицию, стремление к личному счастью, желание расти и развиваться.

В случаях, когда направленность на себя в деятельности является ведущей, можно наблюдать следующие явления:

- личность на первое место ставит только собственное благополучие, стремится к личностному первенству, престижу. Такой человек, чаще всего,

занят самим собой, своими чувствами и переживаниями и мало реагирует, на потребности окружающих его людей: игнорирует интересы сотрудников или работу, которую должен выполнять;

– в коллективе сотрудник ориентирован только на прямое вознаграждение и удовлетворение безотносительно работы и сотрудников, агрессивность в достижении статуса, властность, склонность к соперничеству, раздражительность, тревожность, интровертированность.

Доминирование направленности на себя в деятельности руководителя отрицательно сказывается на общем климате в коллективе, отмечается «недоступность» руководителя для подчиненных, интерпретируют поспешно и необоснованно поступки подчиненных, временами появляется закрытость в общении или наоборот, навязывание своей воли, недоверие к подчиненным в процессе делегирования обязанностей.

Низкие баллы по данному параметру свидетельствуют о снижении интереса к себе, к своим чувствам и переживаниям, желаниям и надеждам – 7 человек. В работе это находит отражение в снижении потребности к карьерному росту, нежелании повышать и расширять свои компетенции. Все это свидетельствует о стагнации в работе. Более того, низкий уровень аутопсихологических компетенций снижает стрессоустойчивость руководителя, повышая риск эмоционального сгорания.

Следует отметить, что результаты, полученные на небольшой выборке испытуемых, нельзя распространить на всех руководителей органов прокуратуры, но они могут быть полезны для внутреннего использования в кадровой службе.

Итак, по результатам исследования направленности в деятельности руководителей органов прокуратуры выявлены две ведущие направленности – на дело и на общение. Это означает что руководители зациклены на работе и ее показателях, при этом обладают достаточным уровнем коммуникативных способностей. Выпадает из деятельности направленность на себя, что отражается в неумении находить время на себя, свою семью, снижение стремления повышать свои компетенции, отсутствии хобби, в повышении риска эмоционального выгорания.

Не выявлена связь между стажем работой и дисбалансом в направленности деятельности руководителей органов прокуратуры.

В управлении коллективом треть (35 %) руководителей используют авторитарный стиль воздействия на подчиненных, 25 % опираются на консервативный стиль управления, 21 % используют коллегиальный стиль и оставшиеся 19 % – попустительский стиль управления.

Выявленный дисбаланс в направленности деятельности руководителей свидетельствует о деформации личности в профессиональной деятельности: стремление к высоким результатам без получения обратной связи от коллег и подчиненных, использование в общении авторитарного стиля, стагнация в карьере, снижение коммуникативных качеств, эмоциональная холодность, нежелание развивать свои управленческие качества, консерватизм в мышлении, навешивание ярлыков в общении с подчиненными, неверие в способность человека изменяться. Трудности в управлении и поддержании продуктивных отношений в коллективе компенсируются направленностью на дело, в ущерб себе и близкому окружению.

Психопрофилактика и коррекция личностных деформаций может идти в следующих направлениях.

- повышение коммуникативных и управленческих компетенций;
- формирование у обследованных навыков саморегуляции и способности к прогнозированию состояний своего психологического и психофизического здоровья;
- обучение способам самокоррекции профессиональных деформаций;
- развитие социально-психологической и аутопсихологической компетенций в целом.

Список литературы

1. Приказ Генпрокуратуры РФ от 17.03.2010 №114 (ред. от 22.04.2011) «Об утверждении и введении в действие Кодекса этики прокурорского работника Российской Федерации и Концепции воспитательной работы в системе прокуратуры Российской Федерации» (Консультант плюс, 12.05.2015).
2. Генеральная прокуратура Российской Федерации. Психологическое обеспечение деятельности органов и учреждений прокуратуры Российской Федерации. – М., 2013. – С. 70–71.
3. Зеер, Э. Ф. Психология профессий : учеб. пособие / Э. Ф. Зеер. – М. : Деловая книга, 2003. – 336 с.
4. Истратова, О. Н. Справочник психолога-консультанта организации / О. Н. Истратова. – Изд. 2-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2007. – С. 158–163.
5. Майсак, Н. В. Психосоциальная помощь специалистам стрессогенных профессий : моногр. / Н. В. Майсак. – М. : Изд-во МГОУ, 2011. – 158 с.
6. Обозов, Н. Н. Психология менеджмента / Н. Н. Обозов. – СПб. : МАПН; Академия психологии предпринимательства и менеджмента, 1997. – 153 с.
7. Профессиональная деформация личности : учеб. пособие / сост. А. В. Коваленко, Л. А. Шиканов. – Томск : Изд-во ТПУ, 2009. – 90 с.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РОДИТЕЛЯМ ПЕРВОКЛАСНИКОВ

Поступление в школу важный этап в жизни семьи ребёнка дошкольного возраста. Происходит перестройка жизненного уклада семьи. Дошкольнику свойственна беззаботность, погруженность в игру, то придя в школу его свобода ограничивается определёнными правилами и требованиями. Родителям дошкольников также достаточно тяжело изменить привычный уклад своей жизни. Однако есть категория современных дошкольников, которые уже до школы посещают многочисленные школы раннего развития и центры детского творчества. Загруженность ребёнка на этапе дошкольного детства приводит к потере новизны школьной жизни. Поэтому очень важно чтобы учитель совместно с родителями помогли дошкольнику стать успешным младшим школьником.

Поэтому реализуя Федеральные государственные образовательные стандарты начального общего образования (далее ФГОС НОО) современный учитель начальных классов работает не только с обучающимися, но и в первую очередь с их родителями.

Именно представителям родительского сообщества бывает трудно осознать особенность реализуемых учителем положений ФГОС НОО, связанными с изменёнными функциями учителя, включением проектной и исследовательской деятельности в учебный и внеучебный процесс, изменениями в системе построения урока и оценивании его результатов.

Младший школьник неразрывно связан с семьёй, родители, бабушки и дедушки закладывают основы его отношения к школе и учителю. Поэтому очень важно с первых встреч уже с родителями будущих первоклассников наладить доверительные отношения.

Правильно организованное общение (в полном составе), обмен мнениями и информацией приводит к выработке общей позиции по многим вопросам, что существенно облегчает работу педагогов, которые в дальнейшем в ситуациях частных разногласий с отдельными родителями по вопросам воспитания могут опираться на авторитет сообщества, большую часть которого составляют не педагоги (представители «образовательного сервиса»), а родители (клиенты и заказчики). Задачи первого родительского собрания: снять некоторое напряжение родителей, вызванное опасениями, связанными с предстоящим учебным годом и индивидуальными трудностями ребёнка; поделиться с родителями впечатлениями классного руководителя об атмосфере в классе, его особенностях, трудностях; выявить ожидания родителей по по-

воду обучения ребёнка в школе и соотнести их с ожиданиями педагогов; определить трудности в общении родителей с ребёнком, в его воспитании; договориться о способах взаимодействия учителя с родителями в течение года, о единых требованиях, продиктованных школьными правилами [2, с. 78–79].

Идея создания центра педагогической помощи родителям и их педагогического сопровождения появилась в нашем педагогическом коллективе не случайно. По результатам анализа родительских анкет была определена высокая степень разнородности астраханских родителей, что выступило основанием для дифференциации работы с разными категориями. Каждый родитель имеет свою систему ценностей, взглядов на ребёнка, иногда сильно отличающихся от той, что способствует развитию позитивных отношений между школой и семьёй.

Для оптимизации взаимоотношений семьи и школы были определены основные принципы:

1. Быть открытым для родителей. Учитель стремится к тому, чтобы семьи регулярно получали необходимую и достоверную информацию о жизни класса и учебных достижениях их детей.

2. Уважать интересы и возможности каждой семьи. Учитель изучает и обсуждает с родителями интересы и потребности каждой семьи, строит свою работу на основе учёта её индивидуальных интересов и возможностей.

3. Обретать в родителях своих союзников. Учитель обсуждает с родителями самые разнообразные вопросы жизни класса и поощряет их к принятию совместных решений, выработке программы двустороннего сотрудничества, распределению ответственности за развитие ребёнка.

4. Поощрять семьи к более тесным контактам между собой. Учитель помогает семьям обнаружить и удовлетворить общие для них интересы, поощряет семьи к совместным формам участия в Программе [1, с. 47].

Педагогическая деятельность сотрудников центра предполагает: создание психологически безопасной образовательной среды; осуществление квалифицированной диагностики возможностей и способностей ребёнка, начиная с дошкольного возраста, психологической помощи семьям детей групп особого внимания; помощь ребёнку в решении актуальных задач развития и в выборе для него образовательного маршрута; профилактику нарушений эмоционально-волевой сферы; помощь в разрешении проблем во взаимоотношениях со сверстниками, учителями, родителями.

При этом в поле зрения центра находятся все категории детей, в том числе, талантливые (одарённые), дети с ограниченными возможностями здоровья, дети-инвалиды, трудные дети.

Бытует мнение, что в подобные центры необходимо обращаться лишь в случае возникновения проблемной или конфликтной ситуации, однако наш центр позволяет выходить на контакт даже в случае, когда всё удачно у ребёнка и родителей. Это связано с тем, что иногда успешность в учёбе приводит к завышению самооценки, как у детей так и у родителей, портятся отношения в классе и свои успехи ребёнок противопоставляет окружающим.

Для выхода из проблемной ситуации мы придерживаемся следующей схемы:

Сигнал о проблеме (может поступить от ученика, родителей, учителя) → сбор информации для детального анализа проблемной ситуации → индивидуальное сопровождение ситуации → отслеживание результативности воздействия → анализ эффективности педагогического сопровождения.

Безусловно, необходимо создание модели педагогической помощи родителям на протяжении всего периода обучения их детей в школе. Такая модель с одной стороны, интегрировала бы зачастую несогласованные диагностику, консультативную работу, тренинги, а с другой стороны – объединила бы усилия всех субъектов: учащихся, учителей, родителей в получении высоких образовательных результатов. Данная модель призвана способствовать профессиональному росту учителя и позволит обеспечить формирование ответственного отношения к учебному процессу со стороны учащихся и их родителей.

Родители часто не различают собственные проблемы и проблемы, возникающие у детей. Они, как правило, в обоих случаях либо пытаются самостоятельно их решать, либо оставляют эти проблемы без внимания. Таким образом ребёнок не научается принятию решений, а занимает пассивную позицию, ожидая, что за него все трудности преодолеют взрослые. Если в проблемной ситуации ребёнок действует самостоятельно, а родители являются его наставниками, он приобретает опыт, который способствует его развитию. Но педагогически грамотное взаимодействие детей и родителей в семье не всегда возможно, поэтому необходима помощь учителя.

Список литературы

1. Зайцев, С. В. Личностно ориентированный подготовительный к школе класс / С. В. Зайцев. – М. : Сентябрь, 2003. – 160 с.
2. Психолого-педагогическое сопровождение адаптационного периода первоклассника : учеб.-метод. пособие / сост. Л. Н. Румянцева. – Южно-Сахалинск : СахГУ, 2012. – 136 с.

НЕКАНОНИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ АМИНОАЦИЛ-ТРНК-СИНТЕТАЗ И ИХ КОМПЛЕКСОВ

Способность к образованию мультиферментных комплексов у аминоксил-ТРНК-синтетаз (АРСаз), катализирующих специфическое аминокислирование транспортной РНК и включающих в себя как минимум 20 различных ферментов, а также их неканонические функции позволяет раскрыть неизвестные ранее механизмы регуляции клеточных процессов. Среди важных регуляторных функций комплекса АРСаз можно назвать контроль активности генов, апоптоз, контроль ангиогенеза, синтез рибосомных РНК, воспаление. В свою очередь, хроническое воспаление эндотелия сосудов, (эндотелиоз), мы рассматриваем как дезадаптацию сосудистого русла в условиях приспособления организма к пространственно – временно континууму (по терминологии П.К.Анохина). Следовательно, было возможно допустить, что определённую роль в профилактике атеросклероза может иметь применение оригинального отечественного адаптогенного препарата «трекрезан». Эта гипотеза была положена в основу серии экспериментов, в которых выявлено, что препарат трекрезан при профилактическом введении кроликам сдерживает развитие атеросклероза, что выражается в уменьшении поражённости аорты атеросклеротическими бляшками, а также снижением уровня холестерина, триглицеридов и бета-липопротеидов в сыворотке крови, ткани печени и аорты. Также установлено, что трекрезан обладает и антикоагулянтным действием, что выражается в увеличении времени свёртывания крови и тромбинового времени, уменьшении фибринолитической активности и количества тромбоцитов.

В последние годы открыта дополнительная антиангиогенная активность у триптофанил-ТРНК-синтетазы. Белковые факторы комплекса обеспечивают различные маршруты передачи регуляторных сигналов и, возможно, связывают сообщество АРСаз, биосинтез белка с другими процессами клетки. В частности, р43 секретируется как активный цитокин и играет важную роль в процессах ангиогенеза. Так, при низких концентрациях он вызывает миграцию клеток эндотелия. Однако, в высоких концентрациях он подавляет ангиогенез, блокируя пролиферацию и запуская апоптоз эндотелиоцитов. В этом плане следует отметить, что препарат трекрезан активизирует триптофанил-ТРНК-синтетазу, что, на наш взгляд, и является ключевым звеном в сложной цепи адаптационных перестроек в эндотелии сосудов, происходящих в условиях пульсирующих гемонагрузок на них - «shia-stress» по западной терминологии.

Е. П. Лемякина, Т. Н. Мамонова

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЭКСТРЕМИСТСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ,
ГАРМОНИЗАЦИИ МЕЖЭТНИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ,
НЕДОПУЩЕНИЮ ПРОЯВЛЕНИЯ ФАКТОВ НАЦИОНАЛИЗМА
И КСЕНОФОБИИ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
В МБОУ «КАМЫЗЯКСКАЯ СОШ № 4»**

Одним из приоритетных направлений работы МБОУ «Камызякская СОШ № 4» является противодействие экстремистской угрозы.

Формирование негативного отношения к такому опасному явлению в обществе, как экстремизм, является комплексной задачей, требующей скоординированных усилий органов государственной власти всех уровней с общественными организациями и объединениями, религиозными структурами, другими институтами гражданского общества, в частности образовательных организаций, и отдельными гражданами.

В последнее время активизировалась деятельность асоциальных молодёжных организаций, спекулирующих на идеях национального возрождения и провоцирующих рост преступных акций, нарушения общественного порядка на этнорелигиозной, политической почве. Это приводит к социальной напряжённости и ведёт к усилению экстремистских проявлений. Именно подростки наиболее подвержены вовлечению в деятельность экстремистских организаций и особенно через сеть Интернет, где они могут столкнуться с вредным контентом. Подрастающее поколение постепенно утрачивает нравственные ориентиры, самобытные традиции, патриотизм. Молодёжь находится в ситуации мировоззренческого хаоса, возникшего в последние два десятилетия, когда старые идеалы, моральные принципы, устои, взгляды были разрушены, а новые никто не придумал. Реальность такова, что с каждым днем общество становится все озлобленнее и разобщеннее, что, естественно, не может не сказаться на нравственном самочувствии молодёжи. Как правило, в этой обстановке отмечается активизация деятельности радикальных молодёжных организаций. Особенно актуальна проблема толерантности для нашего многонационального народа РФ и региона в частности.

В целях комплексного подхода к организации работы всего педагогического коллектива по противодействию экстремистской деятельности в нашей образовательной организации разработана программа профилактики экстремистской деятельности, гармонизации межэтнических отношений, недопущению проявления фактов национализма и ксенофобии среди несовершеннолетних, создана и функционирует постоянно действующая конфликтологическая

группа по вопросам противодействия религиозному и националистическому экстремизму. В состав указанной группы вошли представители администрации школы, наиболее опытные педагоги, социально-психологическая служба школы, актив Т/О «Школа здоровья», возглавляемый Лемякиной Е. П., а также представители правоохранительных органов района.

Программа направлена на формирование и укрепление толерантной образовательной среды на основе принципов мультикультурализма, ценностей многонационального российского общества, соблюдения прав и свобод человека, поддержание межнационального мира и согласия.

Программа также призвана укрепить основы и методы процесса формирования толерантного сознания и поведения учащихся. Реальными механизмами ее осуществления являются комплексные меры, направленные на развитие гражданского общества, воспитание гражданской солидарности, патриотизма и интернационализма, поддержание мира и согласия, противодействие любым проявлениям экстремизма.

Толерантность должна пониматься не просто как терпимое отношение к чему-то иному, отличающемуся от привычного нам. Толерантность предполагает понимание и принятие того факта, что окружающий мир и населяющие его народы очень разнообразны. При этом каждый этнос уникален и неповторим. Только признание этнического и религиозного многообразия, понимание и уважение культурных особенностей, присущих представителям других народов и религий, в сочетании с демократическими ценностями гражданского общества могут содействовать созданию подлинно толерантной атмосферы нашей школы.

Меры профилактики экстремизма в молодёжной среде, противодействие (т. е. пресечение и профилактика) экстремистской деятельности основывается на следующих принципах:

- 1) признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина, а равно законных интересов организаций;
- 2) законность;
- 3) гласность;
- 4) приоритет обеспечения безопасности Российской Федерации;
- 5) приоритет мер, направленных на предупреждение экстремистской деятельности;
- 6) сотрудничество государства с общественными и религиозными объединениями, иными организациями, гражданами в противодействии экстремистской деятельности;
- 7) неотвратимость наказания за осуществление экстремистской деятельности.

Эти основные принципы являются определяющими при выборе средств и методов реагирования на факты и обстоятельства, имеющие признаки экстремизма.

Профилактика экстремизма и терроризма предполагает:

- организация проведения мониторинга в сфере профилактики экстремистской деятельности;
- разработка и организация проведения мероприятий, направленных на обеспечение профилактики экстремизма;
- изучение опыта работы по профилактике экстремизма других учебных заведений;
- проведение анализа эффективности мер по профилактике экстремизма;

В целях профилактики экстремизма и терроризма школа взаимодействует с правоохранительными органами, отделом культуры, молодежи и спорта администрации МО «Камызякский район», общественными организациями (Молодежный Совет, Совет молодых ученых и специалистов).

Учащиеся принимают активное участие в следующих традиционных мероприятиях школы и района:

- организация празднования Дня Победы. К числу таких мероприятий относятся проведение акций «Георгиевская ленточка» под девизом «Я помню! Я горжусь!», «Помним, гордимся, наследуем!», «Поздравь ветерана с 9мая» (организовано и проводится учащимися «группы риска» и активом Т/О «Школа здоровья»), посильная помощь ветеранам, возложения венков и цветов к мемориалам и памятникам, тематических встреч ветеранов и молодежи, организация праздничных концертов для ветеранов;
- организация подготовки молодежи к военной службе: проведение военизированных эстафет, военно-спортивных игр, соревнований, конкурсов военно-патриотических песен, конкурса почетных караулов.

На базе школы и в районе работают по графику кружки и секции дополнительного образования: «Футбол», театральная студия «Маска», ансамбль «РЕФАЛЯ», танцевальная студия, кружок «Апли-Капли», занятия по родному краю «Юный Астраханец».

За прошедший учебный год в школе проведены следующие мероприятия:

1. Организован контрольно – пропускной режим, обеспечивающий безопасное пребывание людей в зданиях школы, постоянный контроль за территорией учреждения и прилегающей местности.
2. Разработан план проведения антитеррористических мероприятий.
3. Имеется паспорт безопасности.

4. Разработаны планы и схемы эвакуации персонала и людей из учреждения при угрозе возникновения и совершенном террористическом акте.
 5. Систематически проводится инструктаж персонала, который фиксируется в книгах инструктажа.
 6. Разработаны инструкции по действию при угрозе террористического акта для педагогического состава школы.
 7. Проведены занятия с учащимися на тему: «Экстремизм, его источники и последствия».
 8. Проведены беседы с учащимися по поводу выявления экстремистских наклонностей, агрессивности, воспитания толерантного поведения.
 9. Проводится разъяснительная работа среди учащихся о поликонфессиональности и их непримиримости к насилию.
 10. Оформлены информационные наглядные материалы «Мир без насилия».
 11. Проводятся выездные заседания комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, одним из рассматриваемых вопросов стала тема «Толерантность. Мы такие разные, но мы вместе».
 12. Проводилось информирование педагогов и классных руководителей о проблемных воспитанниках школы, находящихся на внутришкольном учете и учёте в ОПДН ОМВД.
 13. Состоялись профилактические беседы на темы: толерантности, недопущения межнациональной вражды и экстремизма с разъяснением административной и уголовной ответственности подростков и их законных представителей, в целях повышения уровня правосознания несовершеннолетних.
 14. Проведены тематические классные часы по вопросам формирования культуры толерантности: «Давайте дружить», «Возьмемся за руки, друзья», «Нам надо лучше знать друг друга», «Приемы эффективного общения», «Все мы разные, но все мы заслуживаем счастья», «Профилактика и разрешение конфликтов», «Богатое многообразие мировых культур», «Семейные тайны».
 15. Учащиеся МБОУ «Камызякская СОШ № 4» ежегодно принимают участие в районном фестивале «Радуга наций».
- Отсутствие проявлений экстремистского характера среди учащихся школы свидетельствует об успешности проводимой профилактической работы в рамках реализации программы.

**М. Г. Потапова, Н. В. Плещенко, Л. М. Приуполина,
О. В. Семеняк, А. И. Топорков**

**ОПЫТ РАБОТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
В СПОРТИВНЫХ КОМАНДАХ, СОПРЯЖЁННОГО
С ВНУТРЕННИМ СОПРОТИВЛЕНИЕМ ТРЕНЕРСКОГО СОСТАВА.
ОПЫТ РАБОТЫ ПСИХОЛОГОВ ЦЕНТРА «ДОВЕРИЕ»**

Работа в сфере спорта высших достижений для психолога сопряжена с рядом специфических трудностей, которые возникают в ходе трансформации функциональных составляющих тренировок и подготовки спортсменов к соревнованиям. В первую очередь, трудности возникают в диаде «спортсмен-тренер», но, взаимодействуя с этой диадой, психолог, чья основная функция – оптимизировать состояние спортсмена, сталкивается со скрытым сопротивлением со стороны тренерского состава. В этой статье мы обратимся к опыту работы психологов ООО «Центр социально-психологической помощи «Доверие»» (г. Астрахань), работавших в условиях скрытого сопротивления тренерского состава, определим формы и причины возникновения такого сопротивления и предложим пути изменения ситуации сопротивления в сторону сотрудничества психолога и тренера.

В ходе реализации психологического сопровождения спортивных команд использовались систематизация направлений работы в современной системе подготовки спортсменов и обобщение опыта работы спортивных психологов в профессиональных спортивных командах Астраханской области, Республики Казахстан, любительских спортивных командах спортсменов с ОВЗ Астрахани. Проводился анализ условий и особенностей профессиональной деятельности спортивного психолога и тренера в спорте высших достижений, моделирование типичных соревновательных ситуаций для диагностики актуальных психических качеств, прогнозирование форм и методов психологической подготовки спортсменов.

Основными видами деятельности спортивного психолога в процессе психологической подготовки спортсменов являются следующие:

- оценка текущего уровня психологической подготовленности;
- разработка индивидуальной программы воздействий;
- организация обратной связи о состоянии;
- применение при необходимости дополнительных мероприятий;
- создание адекватного психического состояния;
- управление психическим состоянием спортсмена в соревнованиях;
- компенсация негативных последствий.

Работа психологов в спортивной команде на практике сталкивается с рядом затруднений. Наиболее ярким затруднением в осуществлении профессиональной деятельности психолога в спортивной команде является скрытое сопротивление тренерского состава.

В первую очередь следует обратить внимание на то, что сопротивление является защитной реакцией на внешние изменения и естественно для любого организма. Кроме того, в основе психологического сопротивления лежит тревожность. Поэтому для психолога основной задачей при появлении сопротивления со стороны тренерского состава является уточнение причин и основных объектов такого сопротивления. Наиболее распространённой причиной сопротивления тренерского состава работе психолога со спортсменами, как правило, является неосознанное избегание таких переживаний, как тревога, вина, стыд и др. Сопротивление представляет собой повторение тех же защитных реакций, которые человек использует в своей повседневной жизни, то есть взаимодействие с тренерским составом наиболее продуктивно выстраивать на уровне личностного взаимодействия.

Неосознанность причины сопротивления провоцирует сдвиг мотива на цель, поэтому сопротивление проявляется скрыто, в завуалированных формах, в саботировании рекомендаций, переносе положительных результатов работы психолога на свой счёт, а негативных, состоявшихся по любой причине – на счёт вмешательства психолога, чаще всего это сопровождается самоустранением тренера от взаимодействия с психологом и отказе от активного участия в мероприятиях, проводимых психологом в команде, взаимодействии психолога со спортсменом в индивидуальных видах спорта.

При таком алгоритме действий понижается уровень намерений и мотивов как тренера, так и спортсмена, и работа психолога становится малоэффективной. Причин такой низкой эффективности может быть несколько, но самыми распространёнными являются две: страх неизвестности в будущем, страх совершить ошибку или быть обманутым и страх совершить ошибку и вследствие этого не достигнуть желаемой цели. В обоих случаях причины сводятся к тревоге тренера относительно собственной позиции в тренировочном процессе, а порой и в штате клуба.

Принимая, – зачастую вынужденно, под давлением руководства, – включение психолога в тренировочный процесс, тренер неосознанно пытается защитить себя от обнаружения каких-либо ошибок в своей работе, неприятных последствий от этого, необходимости следовать советам постороннего человека, который подчас воспринимается не как специалист другого профиля, а как лишний начальник в тренировочном процессе. Поэтому

сопротивление, как естественная реакция самозащиты, формирует двойную позицию: с одной стороны, тренер готов к улучшению показателей спортсмена и готов принять появление психолога в общей структуре тренировок и подготовки к соревнованиям, но с другой – не может признать себя недостаточно компетентным для того, чтобы добиться этих же улучшений самостоятельно. В сфере действий спортивного психолога подобные требования не входят, более того, для эффективных качественных изменений тренировочного процесса и личностных особенностей спортсмена требуется активное взаимодействие психолога и тренера именно в плане их профессиональной подготовки. Таким образом, спровоцированная тревожностью, надуманная и сформированная изнутри позиция отрицания своей некомпетентности провоцирует защитные реакции сопротивления.

В итоге, тренер противостоит собственным предубеждениям, затрачивая на борьбу с самим собой массу усилий, что, в результате, вызывает признаки эмоционального выгорания, когда проще бездействовать, чем ставить цель и стремиться к ее достижению.

Чаще всего психолог, встречая сопротивление, – прямое или скрытое, – со стороны тренера, произвольно применяет ещё большую силу давления. Это может быть как обращение к нанимателю (чаще всего, руководству или владельцу клуба), так и поиск «союзников» среди тренерского состава, служб клуба, даже конкуренция с тренером в ходе осуществления тренировки. Такие модели поведения только закрепляют тревожность, активируют алгоритм сопротивления, провоцируя откровенную конфронтацию, которая становится крайне непродуктивным дополнительным полем взаимодействия, отнимающим силы, время и меняющим цели и задачи двух специалистов – психолога и тренера: увеличение силы давления только усиливает конфликт, не разрешая его.

Поэтому основной задачей психолога в работе с тренером становится преодоление его внутреннего сопротивления. Наиболее эффективным способом является высокая мотивация тренера на достижение желаемого, которая стимулирует ко взаимодействию и совместному поиску эффективных решений. Этой цели служат следующие совместные действия: формирование общего понимания причин психологического сопротивления, определение направления изменений в плане работы, возникающих в связи с появлением сопротивления, разделение функциональной нагрузки между психологом и тренером, позволяющее встраивать работу одного специалиста в функциональные обязанности другого.

Это позволяет на ранних этапах выявить и перепрофилировать такие проявления сопротивления как лень, прокрастинацию, саботаж, поиск способов невозможности использования рекомендаций психологов в повседневной работе тренера, а кроме этого, своевременно выявлять внутренний конфликт тренера, конфронтацию целей в этом конфликте. При этом следует помнить, что основная цель работы психолога в спорте высших достижений – не коррекционная работа с личностью тренера, не амплификация его сопротивления, а оптимизация тренировочного и соревновательного процесса. То есть целевой группой работы психолога в спорте являются именно спортсмены, а не ситуация личного вызова тренеру.

Поэтому со стороны психолога наибольший положительный эффект даёт навязывание тренеру ситуации повышения продуктивности спортсмена как ситуации личного вызова, где проявление психологического сопротивления сразу отходит на задний план ввиду появления конкретной и понятной цели, что позволяет мобилизовать ресурсы (мотивационные, личностные, профессиональные) для решения вполне понятной задачи и принять психолога в качестве союзника и специалиста, помогающего в этом решении.

Кроме того, подобная позиция, сформированная психологом, позволяет тренеру активно включаться в психологические мероприятия не под давлением ситуации или психолога, а добровольно, в силу собственной заинтересованности. Такая включённость не ограничивается присутствием на тренингах и пассивным участием в диагностировании, она, в силу чёткости цели и ясности задач, провоцирует активность позиции тренера, то есть его участие в тренингах в качестве соведущего, консультанта и эксперта, – а зачастую и ассистента спортсменов при работе в микрогруппах, – участие в обсуждении результатов исследований и выстраивании алгоритма эффективных качественных изменений тренировочного процесса и личностных особенностей спортсмена.

Учитывая, что в основе тревожности всегда лежат внутренние конфликты личности, следует помнить, что не во всех случаях тревожность можно рассматривать как невроз. Длительное состояние тревожности может быть вызвано исключительно внешними факторами, которые неизбежны в спорте высших достижений, где тревожность является реактивным состоянием. Она вызывает устойчивые физиологические изменения, позволяющие в кратчайшие сроки мобилизоваться. Специфика работы психолога с тренером состоит в том, чтобы определить направление мобилизации и действия, своевременно переведя мобилизованные ресурсы с возможности сопротивления в поле активного взаимодействия. Поскольку тревожность в спорте

высших достижений не обязательно имеет хронический характер, во многих ситуациях она объективна и снижается после разрешения ситуации (достижения заданного результата, победы в состязании и проч.) в специфические задачи психолога в спорте входит определение характера тревожности – ситуативной или невротизированной.

Следует отметить, что состояние тревожности вызывается не проблемой, а проблемной ситуацией, поэтому и тренер, и спортсмен испытывает потребность не в решении частной задачи, а в изменении отношений с ситуацией: сопротивляться ей, изменить её в необходимом ему направлении или избегать проблемной ситуации как таковой, то есть сопротивляться любому вмешательству, раскрывающему проблемную ситуацию. Поэтому самым эффективным способом взаимодействия психолога с тренером в ситуации сопротивления является очерчивание проблемной ситуации, выяснение её структуры и формирование схемы взаимодействия психолога с тренером, психолога со спортсменом и осознанное и мотивированное внесение новых видов взаимодействия в диаде «спортсмен - тренер».

Таким образом, работа психолога в спорте высших достижений, сопряжённая с сопротивлением тренерского состава, требует, в первую очередь, отношения к сопротивлению как к защитной реакции на вторжение в освоенное поле деятельности, смещающей мотив на цель и требующей появления конкретной и понятной цели, что позволяет мобилизовать ресурсы (мотивационные, личностные, профессиональные) для решения вполне понятной задачи и принять психолога в качестве союзника и специалиста, помогающего в этом решении.

Р. М. Расулов, И. А. Кузнецов, И. Ф. Деманова, М. М. Расулов

УЧАСТИЕ АМИНОЦИЛ-тРНК-СИНТЕТАЗ В КОНТРОЛЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

Аминоацил-тРНК-синтетазы (АРСа́зы), это ферменты внерибосомного этапа белкового синтеза и выполняют одну из центральных функций в клетке, обеспечивая точность реализации генетического кода путем специфического присоединения аминокислот к гомологичным тРНК. Это значит, что уже на заре возникновения клеточных форм жизни одними из первых ферментов явились АРСазы, «заполнившие» необходимое звено в процессе реализации генетической информации. Например: тирозил-тРНК- син-

тетаза – ТриРСаза, триптофанил-тРНК-синтетаза – ТРСаза, серил-тРНК-синтетаза - СРСаза. Потребность в точной регуляции происходящих в клетке одновременно реакций обмена веществ, способствовала развитию мультиферментных комплексов. Повышение же эффективности аминокатилирующей активности произошло через обеспечение направленного транспорта аминокислот и создание пула регуляторных факторов.

Патологии, с которыми ассоциированы АРСазы: нейропатия Шарко-Мари-Тус; ошибочное ацилирование и нарушения функций мозжечка; лейкоэнцефалопатия, которая включает повреждения ствола мозга и спинного мозга, и повышенный уровень лактата (LBSL), болезнь Паркинсона (связана с нарушениями фактора АIMP₂ из мультисинтетазного комплекса), онкологические заболевания (нарушения в синтезе определенного набора белков и ферментов белоксинтезирующего аппарата, патологическая активация метионил-тРНК-синтетазы, слияние с другими белками цистеинил-тРНК-синтетазы, мутации в промоторной области и усиление экспрессии изолейцил-тРНК-синтетазы, усиление экспрессии альфа – субъединицы фенилаланил-тРНК-синтетазы, повышенная экспрессии глицил- и лизил-тРНК-синтетаз при различных видах рака), наконец, заболевания аутоиммунного характера и диабет. Рассмотренный цикл исследований привёл нас к изначальным проблемам структуры каталитического центра, как такового, а также вспомогательных структур макромолекул белков, определяемых как «карманы» и специфические структурные детерминанты для связывания лигандов - аминокислот, АТФ и тРНК. При этом известно, что обеспечение огромного разнообразия белков и ферментов в процессе эволюции осуществлялось путем, так называемого, «альтернативного сплайсинга», представляющего универсальный для эукариотических и других высших организмов принцип обеспечения молекулярного разнообразия белков без резкого увеличения генетического материала. Примером этого является ТРСаза. Нами выявлена роль ТРСазы в клеточном метаболизме высших организмов. Установлена секреция ТРСазы, альтернативный сплайсинг, стимуляция синтеза мРНК ТРСазы при действии гамма-интерферона, а также наличие мощной антиангиогенной (а значит и антионкогенной и антиатерогенной) активности усеченной формы ТРСазы. Эти виды активности зависят, как нам представляется, от катиона цинка в составе ТРСазы и участие его, наряду с другими ферментными системами, в синтезе динуклеотидполифосфатов (ArpA), в частности Ar₃A. Ионы цинка в ТРСазе впервые открыты нами. Известно, что цинк является активатором фермента, но оставались неясными стехиометрические соотношения и лабильность связи цинка с ферментом. Нами также уста-

новлено наличие дополнительной активности ТРСазы, в частности, способность ее к синтезу Ar_3A . Особенно интересны данные о важности соотношения уровня Ar_3A в клетке к другому соединению – семейства – Ar_4A . Превышение Ar_3A над Ar_4A приводит к пролиферации и дифференциации клеток, при обратном же соотношении клетка подлежит регулируемой смерти в процессе апоптоза. Кроме этого, АРСаза, видимо, синтезируется как апофермент, а его активность определяется уровнем доступного цинка в клетке.

А. А. Рахметова, А. В. Мартыненко

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАЗВИТИИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СОПРОВОЖДАЕМЫХ СЕМЬЯХ

В современном обществе вопрос жизнеустройства детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, является приоритетным и актуальным. Государством разрабатываются и внедряются инновационные технологии работы с семьей, новые формы семейного устройства. По данным статистики, с каждым годом увеличивается число замещающих семей, готовых принять детей на воспитание, а также число кровных родителей, возвращающих своих детей в семьи.

Несмотря на то, что динамика передачи и возвращения детей в семьи с каждым годом растет, проблема социального сиротства остается актуальной.

В обществе сохраняются устойчивые неблагоприятные факторы, способствующие увеличению количества детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: низкий социально-экономический уровень жизни семьи, падение нравственных устоев, искажение родительского поведения, отклонения от исполнения родительских обязанностей.

Кровные родители, желающие вернуть ребенка домой, сталкиваются с такими проблемами, как низкий социальный статус, юридическая безграмотность, жилищные и материальные трудности. А также проблемы личного характера: слабая мотивация на возвращение ребенка, пассивность родительской позиции, несформированность чувства ответственности по отношению к судьбе ребенка, недостаток представлений родителей о собственном ребенке, о его потребностях и методах его воспитания и развития.

Родители, принявшие ребенка в семью, сталкиваются с типичными проблемами: неготовность взрослых к трудностям и переменам в семейных отношениях, которые возникают при появлении в семье нового члена,

незнание особенностей возрастного развития детей, непонимание целей и задач коррекционно-развивающей работы, которая является основной в деле воспитания депривированных детей, неумение адекватно реагировать на реакции ребенка, а также эффективно преодолевать трудности, возникающие у него со сверстниками и членами семьи.

Не только взрослые, но и дети испытывают различные проблемы, которые могут вызвать сложности в формировании полноценных детско-родительских отношений. Нарушение эмоционально – волевой сферы, задержка психомоторного и речевого развития, проблемы со здоровьем, эмоционально – тактильный голод, внутренние личностные переживания ребенка, живущего в закрытом учреждении, его изолированность от социума, отсутствие надежной привязанности составляют риски для создания гармоничного взаимодействия с родителями и членами семьи.

Таким образом, многообразие проблем, возникающих у различных категорий граждан, требует индивидуально-дифференцированного подхода к разработке комплексного сопровождения кровных и замещающих семей.

Оказание им квалифицированной медико – психолого-педагогической и социально-правовой поддержки является неотъемлемым условием развития надежной привязанности, полноценных детско-родительских отношений, способствующих укреплению института семьи, предотвращению вторичных отказов от детей и возвратов их в государственные учреждения.

Практика показывает, что дети в не сопровождаемых замещающих и кровных семьях нередко продолжают жить в ситуации эмоционального отторжения, либо повторно возвращаются в государственные учреждения. Даже при высокой мотивации кровных и замещающих родителей при отсутствии сопровождения происходит частичное или полное разрушение детско – родительских отношений.

Организация междисциплинарного сопровождения семьи решает ряд задач:

- повышение родительской компетентности по вопросам развития и воспитания ребёнка;
- оказание психолого-педагогической и социально-правовой поддержки родителям в трудных жизненных ситуациях для предотвращения возвратов детей в государственные учреждения;
- разработка программ по реабилитации кровных семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;
- разработка индивидуальных маршрутов развития и воспитания ребёнка, для успешной социализации в замещающих семьях.

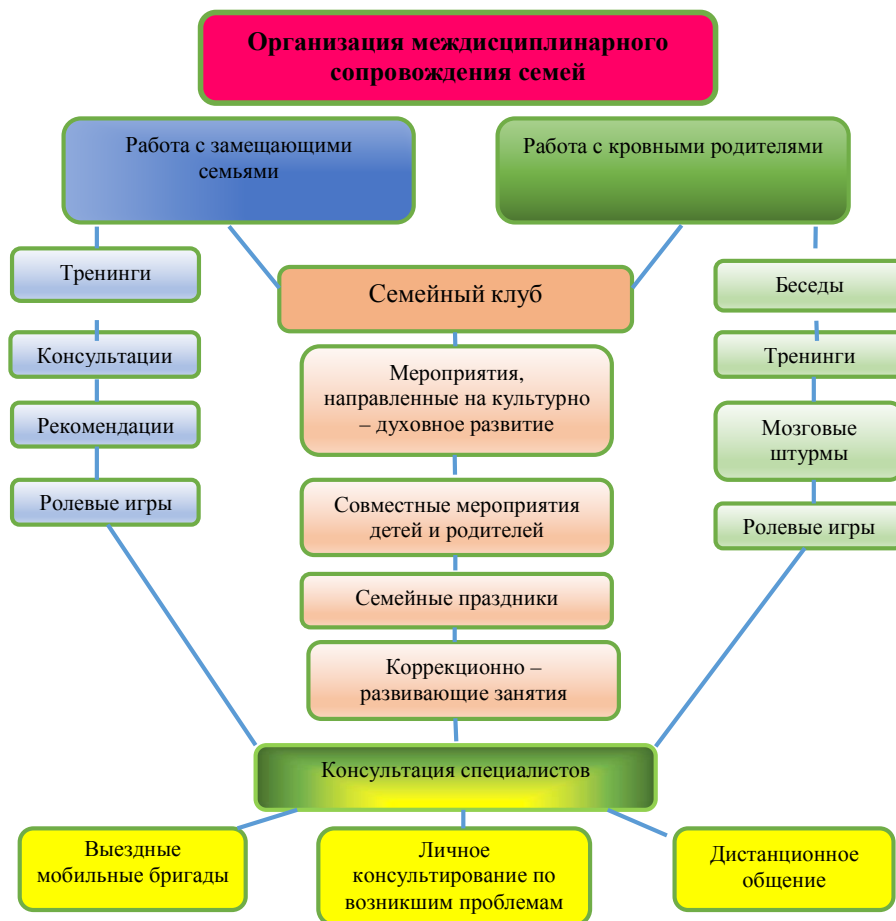


Рис. Примерная модель сопровождения семей

Оказание адресной помощи родителям с разным опытом воспитания детей помогает взрослым быстрее включиться в процесс взаимной адаптации и реабилитации, а ребёнку раскрепоститься и раскрыть поведенческие особенности характера. Весь процесс взаимодействия происходит под чутким наблюдением специалистов, которые включаются в необходимый момент и помогают родителям понять и скорректировать свои слабые стороны общения с ребенком.

Использование инновационных методик и технологий по сопровождению семьи позволит эффективно запустить механизмы развития ребенка, оказать помощь родителям в достижении положительной динамики в развитии детско-родительских отношений, способствовать успешной адаптации семьи к новым условиям жизни.

Список литературы

1. Байбородова, Л. В. Преодоление трудностей социализации детей-сирот / Л. В. Байбородова. – Ярославль, 1997.
2. Дементьева, И. Ф. Социальное сиротство: генезис и профилактика / И. Ф. Дементьева. – М. : Гос.НИИ семьи и воспитания, 2000.
3. Дубровина, И. В. Особенности психического развития детей в семье и вне семьи – Возрастные особенности психического развития детей / И. В. Дубровина, М. И. Лисина. – М., 1982.

4. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития: пособие для психологов и педагогов / В. Б. Никишина. – М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 126 с.

Т. Сарафрази

ОСОБЕННОСТИ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ ПО КОРРЕКЦИИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ДЕПРИВАЦИИ

Цель программы: снижение агрессивности и тревожности у военнослужащих. Программа способствует также формированию самопринятия и принятия других людей, эмпатии, коммуникативных навыков, сдержанности, уверенности в себе.

Одним из основных элементов программы является психологическая диагностика, которая проводится несколько раз, что позволяет отслеживать динамику проявлений агрессивности и тревожности у каждого военнослужащего и у группы в целом.

Ключевые направления, в рамках которых разработана данная программа:

- Осознание гнева как нормальной реакции человека на проблемные ситуации.
- Осознание причин своего гнева, создание условий для принятия ответственности за его проявление.
- Обучение отреагированию своего гнева приемлемыми способами, безопасными для себя и окружающих.
- Обучение техникам и способам управления собственным гневом. Развитие самоконтроля в стрессовой ситуации.
- Обучение альтернативным (конструктивным) схемам поведения в проблемных ситуациях.
- Формирование осознания собственных эмоций и чувств других людей, развитие эмпатии.
- Развитие позитивного Я-образа
- Снижение уровня личностной тревожности.
- Социально-психологическая реадaptация.

Программа рассчитана на 15 занятий по 1–1,5 часа, которые рекомендуется проводить 2–3 раза в неделю.

Программа состоит из трех этапов.

На первом этапе рассматриваются различные виды агрессии, определяется гнев как «классическая агрессия», осознаются положительные и отрицательные стороны гнева.

На втором этапе происходит различение, разведение чувства гнева и агрессивного поведения, рассмотрение альтернативных стилей поведения.

На третьем этапе исследуются особенности гнева, способы его проявления и причины порождения, вырабатываются схемы первых шагов к совладанию с гневом.

Групповая работа с военнослужащими, воспитывающимися в учреждениях интернатного типа, в значительной степени отличается от групповой работы с военнослужащими из семей и имеет свои особенности.

Так, известно, что взаимодействие в группе в значительной мере воспроизводит реальные отношения с окружающими. Во время участия – военнослужащими – воспитанниками интерната в групповой работе отчетливо проявились все их характерные трудности в общении с окружающими людьми (прежде всего со сверстниками).

Во время занятий в поведении наблюдался широкий диапазон агрессивных поведенческих реакций в виде повышенной конфликтности, физической агрессии, раздражительности, вспыльчивости, негативизма, капризности и грубости по отношению к сверстникам.

Следует отметить, что очень высокий уровень агрессивности является противопоказанием для включения этого военнослужащего в групповые занятия. Тем не менее, групповая работа может играть важную роль в преодолении агрессивных реакций. При формировании группы и проведении групповой работы мы учитывали следующее:

1. Степень агрессивности каждого военнослужащего, военнослужащие, у которых выраженные аффективные вспышки приводят к разрушительным действиям, не были сразу включены в группу. Предварительно проводилась индивидуальная работа с данной категорией военнослужащих, в ходе которой они приобретали способность хотя бы в какой-то мере контролировать опасное поведение.

2. Важно, чтобы в группе не оказалось слишком много агрессивных военнослужащих. Агрессивные военнослужащие могут заражать друг друга своими реакциями, а также аккумулировать агрессию, затрудняя контроль за ее проявлением.

3. Особенно внимательно мы отслеживали проявления агрессии и создавали условия для формирования у военнослужащих ненасильственного взаимодействия.

Противопоказаниями для групповой терапии агрессивных военнослужащих являлись:

1. Отрицательное отношение к этому методу.
2. Отсутствие успеха предварительной работы и / или медикаментозной терапии.
3. Сочетание агрессивности с двигательной расторможенностью, из-за чего поведение становится трудно контролируемым.
4. Наличие острой психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций и пр.).
5. Сниженный интеллект до степени умеренной дебильности

В групповой работе у военнослужащих в относительно безопасных условиях появилась возможность познакомиться с другими, неагрессивными формами поведения, закрепить их, получить от сверстников не только негативные, но и позитивные отклики – таким образом, повысить уверенность в себе и иногда даже найти друзей. Участие в групповой работе позволило приобрести дополнительный опыт, который невозможно получить при индивидуальной терапии.

Групповая работа решает ряд параллельных задач – преодоление последствий эмоционально обедненной среды, монотонности жизни, принятие общих правил, помощь в разрешении конфликтов и т. д. Но прежде всего она направлена на восполнение дефицита коммуникативных навыков..

Сложности, возникающие в ходе работы, часто затрудняют коррекцию, препятствуя ее эффективности. Наиболее частой и, пожалуй, первостепенной проблемой были споры в групповой работе с военнослужащими. С одной стороны, споры – это нормальное и распространенное явление в групповой работе, поскольку в межличностном общении часто возникают различные мнения по обсуждаемым вопросам. Однако, военнослужащие особенно, воспитывающиеся в условиях депривации, часто не владели ни вербальными способами выражения несогласия, ни способами разрешения конфликтов. С другой стороны, споры в группе – это очень сильный инструмент терапии. Они могут использоваться для того, чтобы обучать военнослужащих конструктивным методам разрешения конфликтов. В спорах проявляются сильные эмоции – та энергия, на которой основано взаимодействие между ними. Эти эмоции мы использовали в работе для углубления взаимоотношений между ними, для определения их собственной позиции или стимулирования попытки разобраться с собственными мыслями и чувствами.

Учитывая результаты настоящего исследования, особенности психического развития военнослужащих, воспитывающихся вне семьи, и опыт соб-

ственной работы, выделим отличительные черты психологического консультирования данной категории:

- выявление и коррекция черт характера, эмоций, ценностей, поведения, которые нарушают адекватную социальную самореализацию;
- выстраивание отношений на понимании и принятии (гуманистический подход), постоянное возвышение его как личности;
- пробуждение чувства самооценности;
- больший акцент на моделирование отношений и способов поведения, меньший - интерпретации интрапсихологических механизмов.

Е. Ю. Торишнева, Ю. О. Лобанова

ГИДРОКИНЕЗОТЕРАПИЯ КАК ОСНОВА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННОЙ НЕЙРО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Несмотря на улучшение демографических показателей в последнее десятилетие как в России, так и в Астраханской области сохраняется негативная тенденция в состоянии здоровья детей: падают показатели здоровья, растет детская инвалидность, растет количество детского населения с ограничением жизнедеятельности вследствие перинатальной патологии ЦНС, проявляющейся в постнатальном периоде различной по выраженности и тяжести неврологической патологией. Основной задачей стало организовать реабилитационную службу в соответствии с основными принципами медицинской и физической реабилитации многопрофильного реабилитационного учреждения нового типа. Для выполнения этой задачи был заключен договор о сотрудничестве между Центром и кафедрой. В рамках договора о сотрудничестве между Центром ГАУ АО «ОРЦ для детей и подростков с ограниченными возможностями» и кафедрой «Технология спортивной подготовки и прикладная медицина» АГТУ при Центре в 2012 году создана базовая кафедра «Адаптивная физическая культура», при поддержке Министерства социального развития и труда Астраханской области. Это дало возможность расширить объем комплексной реабилитации детей Центра за счет гидрокинезотерапии в бассейне АГТУ.

Прежде чем начать кинезотерапию, тщательно обследовали каждого больного, определяя уровень патологии моторного развития ребенка: какому хронологическому возрасту по двигательной оценке он соответствует, какие движения ребенок может выполнять сам и что препятствует выполнению дру-

гих. Кинезотерапия включала в себя: аналитическую, глобальную, функциональную. Использовались кинезотерапевтические методики – К. В. Vobath; W. H. Phelps; Templ–Fay; H. Kabat; G. Tardieu и M. Le Metayer. Это терапевтическое воспитание двигательных навыков, заключающееся в провоцировании с помощью специальных приемов и методов интероцептивной (проприоцептивной) стимуляции двигательных ответов, т. е. управляемой и провоцируемой двигательной активности (по этапам двигательного развития).

Все эти методики в определенных сочетаниях дают нам аналитическую кинезотерапию, т.е. восстановление проприоцепции между мышцами антагонистами и синергистами и глобальную кинезотерапию, т. е. выработку двигательных навыков.

Далее добавляя функциональную кинезотерапию (гидрокинезотерапию, иппотерапию, элементы спорта) и закрепляя стереотип локомоции или позы с помощью динамической проприоцептивной коррекции, используя ЛК «Адели», «Гравистат», «Атлант», аппарат Гросса, проводя постуральную коррекцию (ортезотерапию – выполнение ортопедического режима), мы добиваемся стойкой положительной динамики в реабилитации.

Целью нашей работы стало изучение роли гидрокинезотерапии в комплексной реабилитации детей с сочетанной нейро-ортопедической патологией (ДЦП). Мы поставили задачи: изучить влияние гидрокинезотерапии на эмоционально-волевую сферу, общую и мелкую моторику, развитие речевой функции у ребенка с ДЦП; активизировать внедрение инновационных технологий гидрокинезотерапии в комплексную реабилитацию детей и подростков с нейро-ортопедической патологией(в частности с ДЦП); стимулировать развитие двигательных функций по средствам водной среды и использование их в самообслуживании у детей с ДЦП. Нами взято 34 человека: из них с 5 до 7 лет было – 10 чел., старше 7 лет – 24 чел. (табл. 1).

Таблица 1

Количественный состав больных с различными формами ДЦП

Форма Дцп	Двойная гемиплегия	Гиперкинетическая	Гемипаретическая	Атонически астатическая	Спастическая диплегия	Всего
Кол-во больных	4 чел. 11,76 %	11 чел. 32,35 %	5 чел. 14,72 %	2 чел. 5,88 %	12 чел. 35,29 %	34 чел. 100 %

У всех детей наблюдалась сопутствующая ортопедическая патология: нарушение осанки – 41,2 % случаев; сколиоз – 29,4 %; деформация стоп – 11,8 %; кривошея – 5,8 % контрактуры верх. и ниж. к-тей – 5,9 % дисплазия

тазобедренных суставов – 2,9 % деформация грудной клетки – 3 %.С детьми проводились занятия в течении трех лет. Для оценки эффективности комплексной реабилитации нами была разработана бальная оценка: общей моторики (5б.), мелкой моторики (5б.), речи (5б.), самообслуживания (3б.) и оценка эмоционально-волевой сферы больных(3б.). Парралельно мы проводили мониторинг освоения водной среды в процессе гидрокинезотерапии (по методике Ч.Осгуда): освоение ребенка в воде; передвижение в воде; ходьба, бег в воде; погружение в воду; скольжение; освоение навыков плавания; освоение элементов техники плавания «Кроль на груди»; Кроль на спине»; «Брасс». Методика обучения плаванию детей с ДЦП, включающая, этапы формирования двигательных действий – «концентрация» (от момента постановки инструктором и ребенком двигательной задачи до первой попытки выполнения двигательного действия с помощью инструктора), «опознание» (от первой попытки выполнения двигательного действия с помощью инструктора до попытки его самостоятельного выполнения), «реализация возможностей» (от первой попытки самостоятельного выполнения двигательного действия до соответствия двигательной задаче), «совершенствование»(от неоднократного выполнения двигательного действия в соответствии двигательной задаче до момента постановки следующей двигательной задачи), как составляющих дидактический процесс взаимоотношений инструктора по плаванию и ребенка в условиях совместного погружения в воду, обеспечивает оперативную разработку индивидуальных средств и методов обучения ребенка с учетом предупреждения развития опасных ситуаций для жизни и здоровья, вскрывает возможность достижения ребенком качественного нового, более высокого от исходного, уровня жизненного обеспечения и общественной активности. Применение апробированного в педагогических наблюдениях принципа «от спонтанно проявленного движения к осознанному» в процессе обучения плаванию детей с ДЦП в условиях совместного погружения инструктора и ребенка в воду, повышает эффективность усвоения умения плавать, если инструктор опознает спонтанно выполненное движение ребенка-инвалида как аналогичное какому-либо элементу системы движений пловца, оперативно строит модель управляемого усвоения этого элемента, реализует модель в процессе формирования и становления умения ребенка, обусловленное повторением изучаемой системы движений с помощью инструктора, а затем самостоятельного выполнения с образованием собственной манеры проявления двигательных действий с последующей возможностью выработки навыка плавания, а затем освоение элементов техники плавания. В результате проведенной комплексной реабилитации боль-

ных детей с сочетанной нейро-ортопедической патологией, которая включала гидрокинезотерапию (05.04.2013–05.07.2015), мы добились следующих результатов:

– в общей моторике произошло увеличение на 14,7 % количества детей, передвигающихся самостоятельно правильной походкой, научились самостоятельно передвигаться спастической походкой без помощи инструктора 17,6 %;

– в мелкой моторике: увеличилась: группа детей с улучшением манипулятивной деятельности обеих рук с 23,51 % по 38,25 %, группа детей с улучшением манипулятивной деятельности ведущей руки с 26,48 % по 41,17 %. Функциональные сгибательно-пронаторные контрактуры уменьшились на 17,7 %;

– в речевой функции: уменьшилось количество детей, страдающих дизартрией на 3%, увеличилось количество детей, начинающих говорить (появилась произносительная речевая функция) на 6 %;

– в самообслуживании: увеличилось количество детей, самостоятельно себя обслуживающих на 16 %, и частично себя обслуживающих с 23 % по 41 %;

– в эмоционально-волевой сфере: увеличилось количество детей эмоционально стабильных на занятиях и в жизни с 58,80 % по 76,49 %

По мониторингу освоения водной среды (Ч.Осгуда) мы отметили следующую динамику: увеличилось передвижение в воде на 3 % (с 29,4 % по 32,3 %), также ходьба в воде и бег в воде на 12 % (с 11,7 % по 23,7 %), погружение в воду на 3 % (с 20,58 % по 23,5 %), скольжение в воде на 3 % (с 14,7 % по 17,6 %), освоение навыка плавания на 8,78 % (с 8,82 % по 17,6 %), техника плавания «Кроль на груди», «Кроль на спине», «Брасс» освоена в 3 % случаев.

Е. Ю. Торишнева, А. А. Ушаков

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

В настоящее время все больше детей рождаются с Детским церебральным параличом (ДЦП). За последние годы в структуре детской инвалидности в Астраханской области увеличился удельный вес детей-инвалидов от 0 до 3 лет: от 26,6 % до 32 %. Для решения поставленных перед исследованием задач нами было обследовано 1052 ребенка с перинатальным поражением мозга в анамнезе, проживающих в г. Астрахани и Астраханской области, находящихся в зоне экологического неблагополучия – 86 % из них имели сочетанную

нейро-ортопедическую патологию, по основному диагнозу наиболее часто встречающимся стал Детский церебральный паралич (ДЦП) – 58,8 %. Организация процесса нейрореабилитации включала четыре этапа: первичную оценку возможностей больного с сочетанной нейро-ортопедической патологией и видов социальной недостаточности, обусловленных конкретными ограничениями жизнедеятельности; планирование задач комплексной реабилитации; собственно методы и приемы комплексной реабилитации; оценку эффективности достигнутых результатов.

Единый организационный подход, единство в понимании реабилитационных задач - залог достижения положительных результатов в столь сложной области, как нейрореабилитология. За последние 25 лет организация помощи больным с сочетанной нейро-ортопедической патологией, инвалидам в нашей стране претерпела значительные изменения: от этапно-преемственного, разрозненного до мультидисциплинарного подхода. Он характеризуется участием в реабилитационном процессе специалистов разного профиля, составляющих так называемую терапевтическую команду – врач ортопед, протезист, невропатолог, врач ЛФК, инструктор ЛФК (кинезитерапевт), физиотерапевт, психиатр, психолог, дефектолог, логопед и др.

Каждый член команды проводит самостоятельное обследование, делает заключение, определяет цели, задачи восстановительного лечения, предлагает реабилитационные мероприятия по своему профилю. Общее заключение о состоянии пациента и индивидуальная программа реабилитации (ИПР) представляют собой сумму заключений и планов в восходящем по значимости порядке. В реабилитационных учреждениях, где нами проводилась научно-исследовательская работа, применялся новый трансдисциплинарный подход [1]. Оценку состояния больного ребенка, выбор метода и объема реабилитационных мероприятий осуществляет не один специалист по своему профилю (ортопед, врач ЛФК, дефектолог и т. д.), а реабилитационная команда. Педагоги, медицинские и социальные работники, входящие в нее, проводят обследование пациента при его поступлении, а затем результаты совместно обсуждают на медико-психолого-педагогическом консилиуме, называемом реабилитационным советом (РС), где принимается интегрированное заключение, намечаются задачи и содержание ИПР. Повторно РС собирается по завершении ИПР для подведения итогов и оценки эффективности. Состав реабилитационной команды подвижен, число участников зависит от конкретной задачи, требующей решения. Так, программу для борьбы с ограничением способности к передвижению обсуждают и выработывают невропатолог, врач ЛФК, инструктор ЛФК, ортопед, физиотерапевт. На этапе выработки двигательных навыков в этой группе координато-

ром выступает врач ЛФК. По мере овладения ребенком статико-моторными функциями на этапе автоматизации движений состав группы меняется с включением учителей по физкультуре и труду, тренера по адаптивному спорту, воспитателя по психомоторному развитию, психолога. Подобный совместный анализ физического потенциала ребенка в единстве с его эмоционально-психическим статусом, оценкой его мотивационной готовности к тому или иному виду терапевтического воздействия позволяет выработать оптимальный и в то же время реальный план мероприятий.

Трансдисциплинарный подход отличается от мультидисциплинарного следующими признаками:

1. Специалисты, составляющие многопрофильную команду, придерживаются единой концепции реабилитации как процесса совместной групповой деятельности.

2. Все специалисты должны обладать знаниями в смежных областях и иметь представление о приемах и методах коррекционных воздействий других специалистов.

3. Применяемые ими методы должны сочетаться и согласовываться между собой, соответствовать общей стратегии повышения эффективности комплексного воздействия.

4. Каждый участник многопрофильной команды имеет необходимый навык совместной деятельности. То есть, в зависимости от этапа реабилитационного процесса и изменяющихся внешних обстоятельств, он выполняет различные роли в команде: лидирующую, второстепенную, координирующую. Помогая коллегам во время обследования, проведения занятий своими методами и приемами, он принимает, при необходимости, помощь своих коллег. Члены реабилитационной группы умеют находить компромисс в выработке общих решений и задач, проводить обучение персонала, родителей и т. д.

5. Диагностика ограничений жизнедеятельности ребенка проводится как в процессе индивидуального обследования одним специалистом, так и путем совместного наблюдения за его деятельностью несколькими специалистами смежного профиля.

6. Полноправными участниками процесса восстановления нарушенных у ребенка функций являются родители. Они обязательно информируются одним из членов группы о планах реабилитации, где им отведена соответствующая роль и определены их задачи в реабилитационном процессе.

Для выявления динамики воздействия нейрореабилитационного процесса на физическое и двигательное развитие, мы пронаблюдали группу больных с различными формами ДЦП и различной степени тяжести в возрастном периоде второго детства, находившихся на реабилитации 2 г. В ре-

зультате проведенных реабилитационных мероприятий мы получили следующую динамику основных показателей физического и двигательного развития детей с ДЦП. [2]

Статистические данные физического развития детей с ДЦП на начало и конец реабилитации

Наименование показателя	Дети с ДЦП на начало реабилитации $M \pm m$	Дети с ДЦП на конец реабилитации $M \pm m$
Длина тела (см)	125,9 ± 2,8	136,9 ± 2,5
Масса тела (кг)	25,67 ± 1,6	31,53 ± 1,75
Обхват грудной клетки (ОГК) (см)	60,23 ± 1,2	65,27 ± 1,3
Коэффициент физического развития (КФРэ) – стандарт 25ц	202,3 ± 6,1	229,6 ± 7,7
Коэффициент физического развития по фактическим данным (КФРф)	176,3 ± 12,2**	214,28 ± 13,7**
КО = КФР ф – КФРэ	-26	-15,32

Примечание: ** P < 0,01

Статистические данные по моторному (двигательному) развитию детей с ДЦП на начало и конец реабилитации

Наименование показателя	Дети с ДЦП на начало реабилитации $M \pm m$	Дети с ДЦП на конец реабилитации $M \pm m$
Функциональная (бальная) оценка навыков моторного развития ребенка	42,6 ± 3,9**	71,06 ± 4,3**
Этап моторного развития ребенка	3,3 ± 0,3	5,24 ± 0,3

Примечание: ** P < 0,01

Список литературы

1. Симонова, Т. Н. Основы трансдисциплинарного подхода к разработке индивидуальной программы реабилитации детей с церебральными параличами / Т. Н. Симонова, А. А. Ушаков // Тр. АГМА. – Астрахань, 2000. – Т. 19. – С. 137.
2. Торишнева, Е. Ю. Донозологическая диагностика и реабилитация детей с перинатальным поражением мозга : моног. / Е. Ю. Торишнева, А. А. Ушаков, С. А. Шашин. – Астрахань : Изд-во АГМА, 2013. – 136 с.

А. А. Ушаков

**ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА УРОВНЯ
ОБЩЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ
ПРИ ЗАНЯТИЯХ ФИЗКУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ**

Определение уровня общей физической работоспособности (УФР) человека весьма актуально в медицине, а в условиях занятий физкультурой

и спортом крайне необходимо как в спортивном отборе, так и при контроле эффективности воздействия на организм. Только на определенном уровне развития общей физической работоспособности возможно использование элементов специальной технической и тактической подготовки.

На основании многочисленных велоэргометрических исследований с прямым определением максимального потребления кислорода (МПК), проведенных ранее (с 1970 г.), нами разработан «Экспресс-способ определения и система дифференцированной оценки уровня физической работоспособности человека» (Патент № 1380728), который позволяет косвенно, без использования сложной газоанализирующей аппаратуры определять и оценивать МПК при однократных аэробных нагрузках и проводить его дифференцированную оценку. Рассчитанные формулы и номограммы позволяют учитывать пол, возраст, массу тела и определять уровень физической работоспособности человека в период его наивысшей спортивной, физкультурной и трудовой активности – от 15 до 60 лет.

Экспресс – диагностика основана на количественном определении МПК организма при велоэргометрическом тестировании в течение 4-х минут у мужчин и 3-х у женщин с использованием однократных средних и субмаксимальных физических нагрузок. Ориентировочные значения физических нагрузок для тестирования можно определить по формулам:

для мужчин:

1. $(190 - (\text{возраст} + \text{пульс в покое})) \cdot 10$ кгм/мин; кпм/мин.

2. $\frac{(190 - (\text{возраст} + \text{пульс в покое})) \cdot 10}{6}$ Вт/мин

для женщин:

3. $(170 - (\text{возраст} + \text{пульс в покое})) \cdot 10$ кгм/мин; кпм/мин.

4. $\frac{(170 - (\text{возраст} + \text{пульс в покое})) \cdot 10}{6}$ Вт/мин

где 190 и 170 – максимальные значения пульса при аэробной работе; 10 и 6 – коэффициенты для расчета мощности работы в кгм, кпм или Вт в 1 минуту.

После выполнения подобранной физической нагрузки на велоэргометре с учетом ответной реакции сердечно-сосудистой системы по разработанным номограммам или по формулам можно определить МПК и максимальную интенсивность потребления кислорода (МИПО₂), рассчитанную по формуле:

$$\text{МИПО}_2 = \frac{\text{МПК(мл/мин)}}{\text{масса}}$$

В связи с тем, что величины МПК и МИПО₂ требуют квалифицированной оценки, т. к. тесно связаны с возрастом, полом, физическим развитием человека, мы разработали номограмму количественной, дифференцированной оценки УФР по 5-ти и 7-ми балльной системе с учетом вышеперечисленных показателей. Точность дифференцированной оценки УФР по номограммам до десятых балла.

Градации дифференцированной оценки УФР по 5-ти бал. системе по 7-ми бал. системе

от 0 до 1	очень плохо	очень плохо
от 1 до 2	плохо	плохо
от 2 до 3	удовлетворительно	удовлетворительно
от 3 до 4	хорошо	хорошо
от 4 до 5	отлично	очень хорошо
от 5 до 6		отлично
от 6 до 7		превосходно

Однако, работа с номограммой не всегда удобна и поэтому с учетом современных технологий и компьютеризации, нами разработана математическая модель дифференцированной количественной оценки уровня физической работоспособности человека:

для мужчин

$$\text{УФР} = (0,1 + 0,0018 \text{ В}) (\text{МИПО}_2 + 0,00284 \text{ В}^2 - 27,8);$$

для женщин

$$\text{УФР} = 0,222 (\text{МИПО}_2 + 0,00436 \text{ В}^2 - 26,8),$$

где В – возраст в годах.

Таким образом, Экспресс- диагностика по предложенному нами методу может проводиться дифференцированно в 2-х системах оценок в зависимости от контингента обследуемых. Для физически нетренированных лиц достаточно использование 5-балльной системы оценок, 7-балльную систему лучше использовать в спортивной практике; при необходимости можно осуществлять переход с одной системы на другую.

Предложенный экспресс-способ диагностики УФР не требует дорогостоящей газоанализирующей аппаратуры, специальной подготовки персонала и может быть освоен самостоятельно. Он позволяет использовать однократные средние или субмаксимальные физические нагрузки минимальной продолжительности, поэтому сокращает затраты времени на тестирование в 3–7 раз по сравнению с наиболее распространенными способами.

**ОЦЕНКА ПИТАНИЯ СТУДЕНТОК
АСТРАХАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
ТЕХНИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Для адекватной оценки питания студенток определялась идеальная масса тела, а затем, с учетом ее величины, вычисляли потребную энергетическую ценность рациона, а также необходимое количество белка, жира и углеводов в сутки (табл. 1).

Таблица 1

**Показатели энергетической ценности и содержания макроэлементов
в рационе студенток (группа контроля)**

Показатели	Физиологическая потребность	Рекомендуемая норма
Е (ккал)	2545,2 ± 18,78	2 400
Белки (г)	82,7 ± 0,61	78
Жиры (г)	93,17 ± 0,6	88
Углеводы (г)	344,9 ± 2,6	324
Вес (кг)	57,9 ± 0,76	
Идеальная масса тела (кг)	63,6 ± 0,47	

Как видно из табл. 1, расчетные величины, характеризующие рацион, отличаются от усредненных рекомендуемых норм питания, что, по-видимому, обусловлено особенностями физического развития девушек изучаемой группы. Поэтому в дальнейшем для сравнения были использованы представленные в таблице 1 расчетные величины энергии и макроэлементов, а для анализа микронутриентного состава – рекомендуемые общеизвестные нормативные величины (табл. 2).

Таблица 2

**Показатели энергетической ценности и содержания усвояемых углеводов,
макроэлементов и пищевых волокон в рационе студенток (группа контроля)**

Показатели	Потребные величины (контроль)	Фактическое потребление	%
Е (ккал)	2545,2 ± 18,8	2181,6 ± 31,7	85,7*
Белки (г)	82,7 ± 0,61	67,3 ± 1,76	81,4*
Жиры (г)	93,2 ± 0,69	87,0 ± 2,45	93,4*
Углеводы (г)	344,9 ± 2,65	281,3 ± 5,17	81,6*
Крахмал (г)	276	160,4 ± 5,18	58,1
Моно- и дисахариды (г)	69	55,3 ± 3,09	80,0
Пищевые волокна (г)	25	5,2 ± 0,33	20,8

Примечания: * $p < 0,05$ по сравнению с контролем

Из табл. 2 видно, что наиболее заметным был недостаток белков и углеводов, а недостаточное потребление жиров менее выражено. В рационе выражен дефицит крахмала, пищевых волокон и легкоусвояемых углеводов. Сопоставляя результаты с данными соматометрической оценки можно констатировать, что недостаточное и несбалансированное питание было наиболее вероятной причиной нарушений физического развития у девушек. Причем для всей контрольной группы был характерен дефицит энергии и пищевого белка. Также выявлено недостаточное потребление всех изученных витаминов. Потребление аскорбиновой кислоты находилось на уровне нижней границы нормы, а потребление ретинола было недостаточным (табл. 3). Следует отметить, что в суточном питании девушек не хватало всех изученных минеральных веществ. Для максимального усвоения кальция пищи необходимо его соотношение с фосфором 1:1,5. В рационах соотношение Са:Р было 1:7,5 и это нерационально. Можно полагать, что белково – энергетический дефицит и недостаток минеральных веществ и витаминов в рационе приводит к нарушению физического и тканевого развития девушек.

Таблица 3

Показатели содержания витаминов и минеральных веществ в рационе студенток (группа контроля)

Показатели	
β-каротин	1,7 ± 0,13
А (1,5–2,5 мг)	0,7 ± 0,09
В ₁ (1,4–2,4 мг)	0,9 ± 0,05
В ₂ (1,5–3 мг)	1,0 ± 0,06
РР (15–25 мг)	12,3 ± 0,89
С (50–100 мг)	64,1 ± 3,52
Na (4,4 г)	3,2 ± 0,13
К (3,3 г)	2,2 ± 0,09
Са (0,8–1,1 г)	0,6 ± 0,05
Mg (0,34–0,4 г)	0,3 ± 0,01
Р (1,2–1,4 г)	1,0 ± 0,01
Fe (10–19мг)	11,0 ± 0,39

Межнутриентные отношения в рационах могут быть охарактеризованы с помощью терминов корреляционного анализа. В рационе между содержанием белка и крахмала установлена отрицательная корреляция ($r = - 0,2$). При этом девушки потребляли значительно меньше крахмала, чем остальных нутриентов. Обнаружена достоверная корреляция между количеством белка и содержанием микронутриентов. Полученные результаты следует учитывать при коррекции рациона. Для устранения белковой и белково-энергетической недостаточности необходимо не только увеличивать в рационе уровень белка, но и энергоемких нутриентов, прежде всего за счет крахмалсодержащих продуктов. Так у девушек, для которых было характер-

но возникновение недостаточности трофики. Соматометрические индексы: ИМТ- индекс массы тела, ИК – индекс Кетле), показатели массы и площади поверхности тела, также были достоверно связаны с содержанием макронутриентов, уровнем энергетической ценности рациона и легкоусвояемых углеводов. В число микронутриентов, достоверно связанных с этими показателями, входили: Na, K, Mg, P, Fe, ретинол, ниацин, тиамин рациона (табл. 4).

Таблица 4

Коэффициенты корреляции антропометрических показателей и нутриентов рациона студенток (группа контроля)

Показатели	Вес	ИМТ	ИК	S	Д	ТМТ	М	%ж.т.	ЖЕЛ	%ТМТ	Д/М	Окж-ть груд. клетк ВДОХ	Окж-ть груд. клетк ВЫДОХ
белок	0,35*	0,36*	0,36*	0,32*	0,16	0,36*	0,32*	-0,05	0,16	0,05	-0,09	0,3*	-0,03
жиры	0,26*	0,25*	0,27*	0,27*	0,33*	0,17	0,15	0,24*	0,1	-0,24*	0,29*	0,24*	0,24*
углев.	0,33*	0,32*	0,34*	0,31*	0,18	0,34*	0,18	0,01	0,06	0	0,1	-0,01	0,01
Моно сах	0,22*	0,25*	0,24*	0,21*	0,16	0,2*	0,07	0,07	0,04	-0,06	0,16	0,06	0,06
Клетчат.	0,17	0,21*	0,19	0,13	0,12	0,16	0,07	0,01	0,1	-0,01	0,09	0,17	0,03
Na	0,15	0,04	0,11	0,2*	0,12	0,14	0,22*	0,05	0,28*	-0,05	-0,05	0,23*	0,1
K	0,25*	0,19	0,23*	0,27*	0,15	0,25*	0,17	0	0,21*	-0,01	0,04	0,17	0,02
Mg	0,14	0,25*	0,2*	0,11	0,07	0,15	0,02	-0,02	-0	0,02	0,08	0,03	0
P	0,18	0,16	0,18	0,19	0,14	0,16	0,15	0,05	0,12	-0,04	0,03	0,22*	0,05
Fe	0,22*	0,19	0,21*	0,22*	0,06	0,25*	0,18	-0,08	0,17	0,08	-0,07	0,19	-0,06
A	0,23*	0,28*	0,26*	0,18	0,27*	0,16	0,17	0,2*	0,08	-0,21	0,18	0,11	0,21*
B ₁	0,46*	0,39*	0,44*	0,44*	0,37*	0,41*	0,39*	0,14	0,24*	-0,14	0,11	0,34*	0,16
PP	0,29*	0,29*	0,3*	0,27*	0,29*	0,23*	0,18	0,15	0,18	-0,16	0,18	0,28*	0,17
E	0,4*	0,39*	0,41*	0,39*	0,3*	0,36*	0,24*	0,12	0,07	-0,11	0,19	0,26*	0,12

Примечания: * – связь достоверна при $p < 0,05$

Величины тканевых компонентов у девушек значительно меньше связаны с химическим составом рациона. Величина жировой ткани достоверно связана только с количеством потребляемого жира; тощей массы тела - с содержанием белка и углеводов пищи; мышечной массы - с уровнем потребления белка в рационе. Взаимосвязь с микроэлементами пищи также была значительно ниже. Выявление корреляции между изучаемыми показателями явилось основанием для расчета уравнений линейной регрессии, которые могут быть использованы для предварительной оценки потребности в пищевых веществах в суточном рационе студентов с учетом их физического раз-

вития. Количество белка и энергетическую ценность рациона, соответствующие физическому развитию девушек, можно приблизительно оценить по приведенным ниже формулам (табл. 5).

Таблица 5

Корреляция и уравнение регрессии антропометрических показателей с содержанием нутриентов в рационе студенток

Нутриенты (Y)	x – вес (кг)	x - ИМТ	x - индекс Кетле
Белки (г)	$Y = 0,9x + 15,15$ $R = 0,35$	$Y = 3,1x + 3,73$ $R = 0,36$	$Y = 0,1802x + 5,40$ $R = 0,36$
Углеводы (г)	$Y = 2,6x + 134,96$ $R = 0,33$	$Y = 8,0x + 115,08$ $R = 0,32$	$Y = 0,5x + 111,94$ $R = 0,34$
Клетчатка (г)	$Y = 0,03x + 0,25$ $R = 0,25$	–	$Y = 0,006x + 0,17$ $R = 0,23$
В1 (мг)	$Y = 0,4x - 9,85$ $R = 0,29$	$Y = 1,3x - 14,14$ $R = 0,29$	$Y = 0,08x - 13,78$ $R = 0,3$
Е (ккал)	$Y = 18,7x + 1125$ $R = 0,4$	$Y = 59,5x + 954,69$ $R = 0,39$	$Y = 3,6x + 951,19$ $R = 0,41$

Полученные результаты указывают на то, что с одной стороны, нарушения развития организма студентов зависят от несбалансированности питания, а с другой - указывают на изменение потребности в нутриентах, обусловленную нарушенным физическим и тканевым развитием. Уравнения позволяют без изучения химического состава рациона определять обеспеченность студенток нутриентами с учётом их соматометрических данных.

О. О. Куралева, И. А. Кузнецов, А. И. Старков

СОСТАВ ТКАНЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ АГТУ С УЧЕТОМ ИХ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Считается, что девушки, в сравнении с парнями чаще увлекаются теми или иными диетами, направленными на стройность фигуры и худобу и чаще чем у юношей у девушек наблюдается анорексия. Поэтому, для изучения особенностей питания и состава тканей с учетом их физического развития, мы в наших исследованиях взяли под наблюдение студенток женского пола. Под нашим наблюдением было 300 студенток-девушек АГТУ (Астраханского государственного технического университета). Среди данной серии наблюдений в 11 % случаев (33 человека) значительно уменьшен ИМТ (индекс массы тела), что свидетельствует о синдроме белково-энергетической недостаточности (СБЭН). Снижение показателя ОМП (окружность мышц плеча)

наблюдалось у 12 % (36 человек), что указывает на наличие у них СБН (синдрома белковой недостаточности). Сочетание обоих типов нарушения питания наблюдалось у 4 % (12 человек). В остальных 73 % случаев (219 человек), показатели состояния питания – ИМТ, ОМП, соответствовали рекомендуемым нормам, а основные индексы физического развития (ИМТ, ИК-индекс Кетле) укладывались в эталонные параметры (табл. 1). На основании этих данных были проведены дополнительные исследования с целью создания сопоставимых и репрезентативных групп. В результате выборки девушки были разделены на следующие группы:

- контроль – 100 человек (случайная выборка из 219 обследованных, индексы физического развития которых укладывались в эталонные параметры);
- девушки с наличием белковой недостаточности – 30 человек (случайная выборка из 36 лиц, индексы физического развития которых указывали на наличие СБН);
- девушки с наличием белково - энергетической недостаточности – 30 человек (случайная выборка из 33 лиц, индексы физического развития которых указывали на наличие СБЭН);
- девушки с наличием сочетания обоих типов нарушения питания – 30 человек (выборка из 330 дополнительно обследованных лиц, индексы физического развития которых указывали на наличие и СБН и СБЭН).

Таблица 1

Физическое развитие студенток (группа контроля, n = 100)

Показатели	$X \pm S_x$	Доверительный интервал
Возраст	18,6 ± 0,14	18,3–18,9
Рост (см)	166,7 ± 0,69	165,3–168,0
Вес (кг)	57,9 ± 0,76	56,5–59,5
ИМТ (кг/м ²)	20,8 ± 0,20	20,4–21,2
ИК (кг/см)	347,1 ± 3,72	339,9–354,4
S (м ²)	1,5 ± 0,13	1,5–1,6
ОМП	23,9 ± 0,28	23,3–24,5
Сила правой кисти (кг)	27,7 ± 0,58	26,5–28,8
Сила левой кисти (кг)	25,5 ± 0,57	24,4–26,6
Силовой индекс правой кисти (%)	47,7 ± 1,03	45,6–49,7
Силовой индекс левой кисти (%)	44,0 ± 0,95	42,2–45,9
ЖЕЛ (мл)	2,9 ± 0,06	2,8–3,1
Жизненный индекс (мл/кг)	51,3 ± 0,99	49,4–53,2
M (кг)	27,7 ± 0,49	26,7–28,6
D (кг)	11,2 ± 0,25	10,7–11,6
TMT (кг)	46,8 ± 0,67	45,5–48,1
%M	47,8 ± 0,50	46,8–48,8
%D	19,2 ± 0,34	18,6–19,9
%TMT	80,7 ± 0,34	80,1–81,4
D/M	0,4 ± 0,01	0,4–0,42
D/TMT	0,2 ± 0,01	0,2–0,26

У девушек с нарушениями питания отмечено уменьшение массы и площади поверхности тела, среди физиометрических показателей по сравнению с контролем была снижена сила правой и левой кистей, ЖЕЛ (жизненная емкость легких), тогда как другие физиометрические параметры не отличались ни от контроля, ни от нормативных показателей взрослых (табл. 2). Нормы содержания абсолютной мышечной, жировой и тощей массы тела и их долей в организме девушек в доступной литературе нами не обнаружены. Девушки, имеющие нарушения трофического статуса (СБН и СБЭН), отличались достоверно меньшей массой тела (86,9% по сравнению с контролем), за счет снижения величины мышечной (83,4%), жировой (87,5%) и тощей масс (86,7%). При этом, у них достоверно уменьшилось количество мышечной ткани (96,4%), тогда как доля тощей и жировой массы не изменилась (таб. 2).

Таблица 2

Физическое развитие студенток без БН и БЭН и с нарушениями питания

Показатели	Контроль	БН и БЭН	%	СБН	%	СБЭН	%
Рост	166,7 ± 0,8	166,6 ± 0,8	99,9	167,1 ± 1,3	100,2	165,9 ± 0,6	99,5
Вес	59,4 ± 0,8	51,6 ± 0,9*	86,9	52,6 ± 1,5*	88,5	49,5 ± 0,4*	83,4
ИМТ	21,3 ± 0,2	18,6 ± 0,3*	87,2	18,8 ± 0,5*	88,2	17,9 ± 0,2*	84,4
ИК	355,4 ± 3,8	309,4 ± 5,1*	87,1	314,3 ± 8,3*	88,4	298,4 ± 2,5*	83,9
S	1,55 ± 0,01	1,45 ± 0,02*	93,6	1,48 ± 0,03*	95,2	1,43 ± 0,02*	92,1
С-прав	28,1 ± 0,6	25,6 ± 0,8*	90,9	25,6 ± 0,9*	91,2	24,7 ± 1,2*	87,9
С-лев	26,1 ± 0,6	22,7 ± 0,6*	87,0	22,8 ± 0,9*	87,4	22,0 ± 0,9*	84,3
СИ-пр	47,4 ± 1,1	49 ± 2,2	103,5	47,8 ± 3,1	101,0	49,9 ± 2,5	105,4
СИ-лев	44,0 ± 1,0	44,1 ± 1,7	100,1	43,4 ± 2,5	98,5	44,5 ± 2,1	101,1
ЖЕЛ	3,0 ± 0,07	2,8 ± 0,1	92,9	2,8 ± 0,1	91,9	2,6 ± 0,2	86,3
ЖИ	50,7 ± 1,1	53,9 ± 2,4	106,4	52,3 ± 2,8	103,1	52,0 ± 3,9	102,6
Состав тканей							
М	28,6 ± 0,5	23,8 ± 0,6*	83,5	23,4 ± 0,9*	81,8	23,2 ± 0,5*	81,3
Д	11,4 ± 0,2	9,9 ± 0,4*	87,5	10 ± 0,7	87,7	9,4 ± 0,4*	82,1
ТМТ	47,9 ± 0,7	41,6 ± 0,7 *	86,7	42,6 ± 1,1*	88,7	40,1 ± 0,3*	83,7
%М	48,1 ± 0,3	46,4 ± 0,6*	96,4	44,5 ± 1,6*	92,9	46,9 ± 1,7	97,5
%Д	19,2 ± 0,3	19,3 ± 0,6	100,2	18,8 ± 1,1	98,0	18,9 ± 0,8	98,3
%ТМТ	80,7 ± 0,1	80,7 ± 0,21	100	81,1 ± 0,3	100,5	81 ± 0,8	100,3
Д/М	0,4 ± 0,01	0,4 ± 0,02	100	0,4 ± 0,03	100	0,4 ± 0,02	100
Д/ТМТ	0,2 ± 0,01	0,2 ± 0,01	100	0,2 ± 0,02	100	0,2 ± 0,02	100

Примечания: * – $p < 0,05$ по сравнению с контролем

Как видно из таблицы 2, в группе девушек с СБЭН, указанная тенденция усилилась и величина абсолютной мышечной массы составила уже 81,8 % к контролю, а её доля составила 92,9 %. При СБЭН равномерно уменьшилась масса всех тканей, а их соотношение практически не изменилось. Обращает внимание факт, что у девушек с СБН и СБЭН количество жира, приходящегося на единицу мышечной и тощей массы тела не изменялось.

В результате нами установлены нормативные величины физического развития, тканевого состава и физиометрических показателей девушек.

О. Н. Сусликова

К ИТОГАМ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ В АСТРАХАНСКОМ РЕГИОНЕ

Современное состояние общества характеризуется размытостью нравственных идеалов и образцов, расслоением общества, неопределенностью жизненных перспектив, что не может не сказаться на молодом поколении. В связи с этим происходит повсеместный рост девиантного и аддиктивного поведения, и особенно среди несовершеннолетних. В настоящее время в нашей стране наблюдается резкий рост алкоголизации и наркомании среди подростков и юношества.

Известно, что аддиктивным поведением называется глубокая зависимость от любого вещества, будь оно синтетическим или природным, обладающим способностью при однократном приёме изменять психическое и физическое состояние человека, а при систематическом употреблении – вызывать привыкание к нему, психическую и физическую зависимость [1]. Очевидно, аддиктивное поведение представляет собой попытку бегства от реальности при помощи изменения своего психического состояния, обеспечивающего мнимую безопасность и эмоциональный комфорт. Несмотря на кажущиеся внешние различия, все зависимые формы поведения имеют схожие психологические механизмы. Прежде всего, зависимое поведение личности проявляется в ее устойчивом стремлении к изменению психофизического состояния, переживаемому человеком как ненасыщаемое. Поэтому аддиктивное поведение представляет собой непрерывный процесс формирования и развития зависимости. Особенно опасно то, что различные формы зависимого поведения имеют тенденцию сочетаться или переходить друг в друга, и все они закономерно вызывают личностные изменения и социальную дезадаптацию [2].

В связи со сложившейся ситуацией и во исполнение приказа Министерства образования и науки РФ [3], государственным автономным образовательным учреждением Астраханской области дополнительного профессионального образования специалистов «Астраханский институт повышения квалификации и переподготовки» проведено тестирование в апреле-мае 2015 года.

Целью социально-психологического тестирования является раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Объектом – склонность подростков и юношей к различным видам зависимости.

Предметом – аддиктивное поведение обучающихся общеобразовательных организаций, профессиональных образовательных организаций, а также образовательных организаций высшего образования в возрасте от 13 до 18 лет.

Для достижения поставленной цели были решены следующие задачи:

- разработан и обоснован пакет диагностических методик, адекватно достигающих поставленные цели;

- разработана процедура социально-психологического тестирования в соответствии с требованиями Министерства образования и науки РФ, обеспечивающая надежность результатов и конфиденциальность исследования;

- разработаны методические рекомендации по проведению социально-психологического тестирования и разосланы в образовательные организации региона;

- разработаны презентации для проведения бесед с юношами и девушками в возрасте от 15 лет и собраний по информированию родителей об опасности склонности подростков к различным видам зависимости, которые разосланы в образовательные организации региона;

- проведены обучающие вебинары для педагогических работников, членов комиссий, обеспечивающих организационно-техническое сопровождение тестирования;

- обеспечено хранение результатов тестирования, с соблюдением конфиденциальности;

- проведена обработка и анализ результатов тестирования.

В социально-психологическом тестировании приняли участие 22710 обучающихся общеобразовательных организаций, профессиональных образовательных организаций, образовательных организаций высшего образования в возрасте от 13 до 18 лет. Выборка достаточно обширная, поэтому можно уверенно говорить о её репрезентативности.

Обязательным требованием к организации тестирования было получение информированного согласия на участие в нем обучающихся, достигших возраста пятнадцати лет. Тестирование обучающихся, не достигших возраста пятнадцати лет, проводилось при наличии информированного согласия одного из родителей или иного законного представителя. Для получения согласия образовательные организации проводили широкое информирование

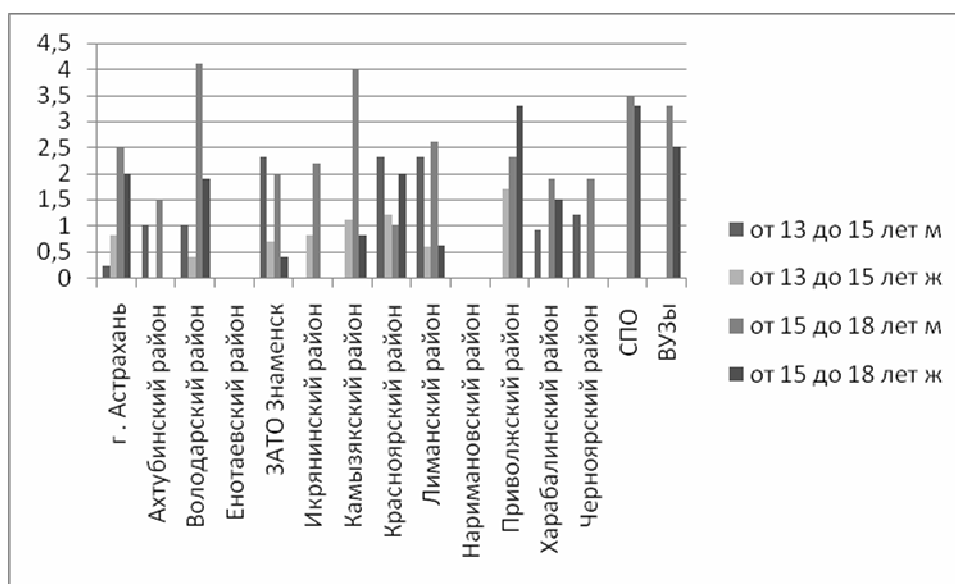
родителей и обучающихся о вреде и опасности веществ, вызывающих зависимости с использованием просветительских презентаций, подготовленных региональным оператором.

Процедурасоциально-психологическоготестирования проводилась с соблюдением конфиденциальности. Для этого каждый участник тестирования располагался за партойодин. По завершении тестирования члены комиссии, прошедшие обучение в АИПКП, собирали ответные бланки, группировали их по возрасту обучающихся, а затем упаковывали в конверты. Руководитель образовательной организации в трехдневный срок с момента проведения тестирования обеспечивалдоставку пакетов с результатами тестирования региональному оператору.

Таким образом, процедурасоциально-психологическоготестирования позволила не только обеспечить конфиденциальность результатов, но и широкомасштабное информирование родителей и обучающихся орисках возникновения зависимости.

В исследовании выявленыследующиепараметры в процентном соотношении: «склонность к зависимости от алкоголя», «склонность к зависимости от курения», «склонность к наркотической зависимости» и «общая склонность к зависимости» обучающихся муниципальных образований Астраханской областив возрастных группахот 13 до 15 лет и от 15 до 18 лет, а так же в группах женского и мужского пола.

В проведенном исследовании получены следующие результаты, представленные в виде гистограмм.

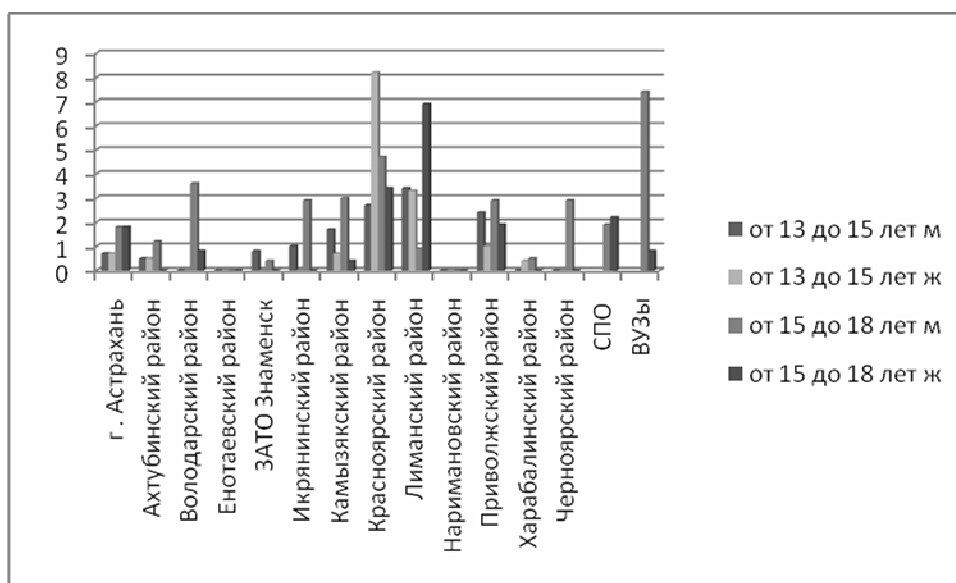


Гистограмма 1. Результаты обучающихся АО, прошедших социально-психологическое тестирование, по параметру «склонность к зависимости от алкоголя» (в % соотношении)

Как видно из *Гистограммы 1*, в подавляющем большинстве муниципальных образований с увеличением возраста испытуемых наблюдается тенденция возрастания склонности к зависимости от алкоголя как среди обучающихся мужского, так и женского пола.

В возрастной группе от 13 до 15 лет среди обучающихся мужского пола склонность к зависимости от алкоголя наиболее выражена в Красноярском и Лиманском районах, а также в ЗАТО Знаменск. Среди подростков женского пола этой возрастной группы склонность к зависимости от алкоголя наиболее выражена в Приволжском районе.

В возрастной группе от 15 до 18 лет у юношей склонность к зависимости от алкоголя наиболее выражена в среде студентов ВУЗов, образовательных учреждений среднего профессионального образования, а также обучающихся в общеобразовательных организациях Камызякского и Володарского районов. У девушек этой возрастной группы склонность к зависимости от алкоголя наиболее выражена среди обучающихся в общеобразовательных организациях Приволжского района, среди студенток образовательных учреждений среднего профессионального образования и ВУЗов.

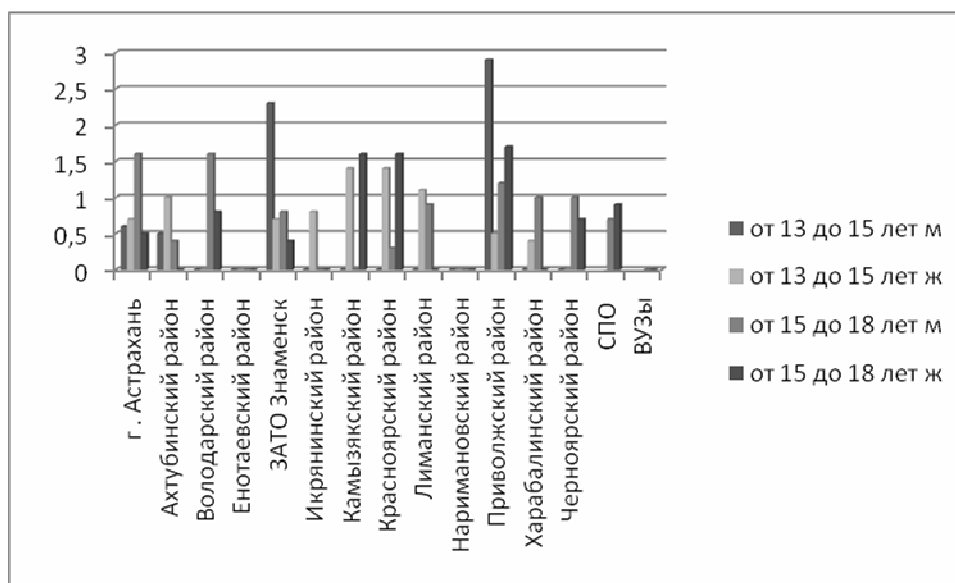


Гистограмма 2. Результаты обучающихся АО, прошедших социально-психологическое тестирование, по параметру «склонность к зависимости от курения» (в % соотношении)

Как можно определить из *Гистограммы 2*, склонность к зависимости от курения у юношей всех возрастов более выражена, чем у девушек. Тенденция возрастания склонности к зависимости от курения с увеличением возраста испытуемых также наблюдается как среди обучающихся мужского, так и женского пола.

В возрастной группе от 13 до 15 лет среди подростков мужского пола склонность к зависимости от курения наиболее ярко проявилась в Приволжском, Красноярском и Лиманском районах. Среди подростков женского пола этой возрастной группы склонность к зависимости от курения наиболее выражена в Красноярском и Лиманском районах.

В возрастной группе от 15 до 18 лет среди юношей склонность к зависимости от курения наиболее выражена у обучающихся в общеобразовательных организациях Володарского и Красноярского районов, а также среди студентов ВУЗов. Среди девушек этой возрастной группы склонность к зависимости от курения наиболее выражена в Красноярском и Лиманском районах.



Гистограмма 3. Результаты обучающихся АО, прошедших социально-психологическое тестирование, по параметру «склонность к наркотической зависимости» (в % соотношении)

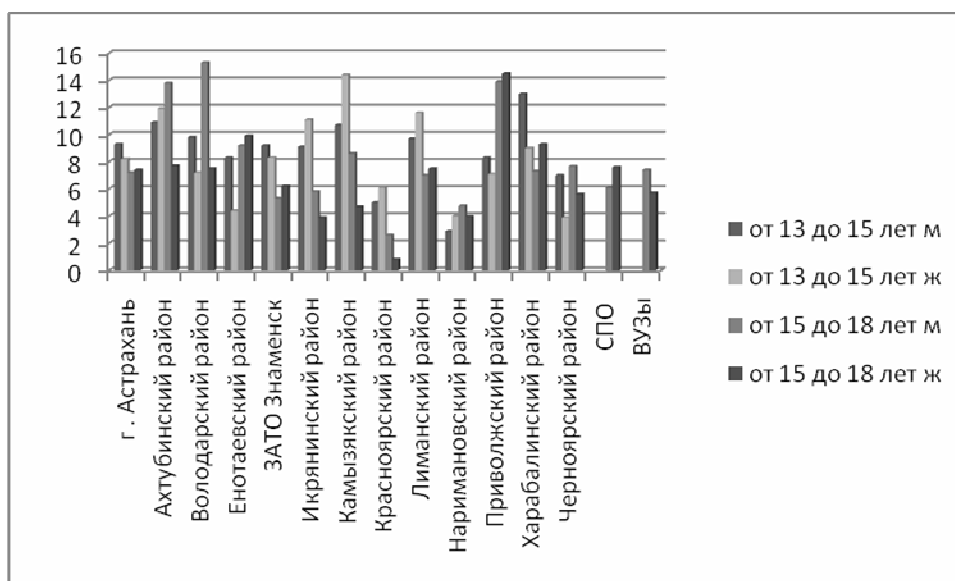
Как можно увидеть из *Гистограммы 3*, тенденция возрастания склонности к наркотической зависимости с увеличением возраста испытуемых прослеживается только среди обучающихся мужского пола. Среди обучающихся женского пола наблюдается обратная тенденция – в возрастной группе от 13 до 15 лет склонность к наркотической зависимости выше, чем в группе от 15 до 18 лет. Скорее всего, это объясняется тем, что у девушек с повышением возраста формируется осознание опасности возникновения наркотической зависимости.

Но с другой стороны, девушки-подростки раньше юношей начинают пробовать вещества, способные вызвать склонность к наркотической зависимости. Поэтому очевидно профилактическую работу среди девушек необ-

ходимо начинать раньше, чем среди подростков мужского пола, что вполне соответствует возрастным и гендерным различиям в этой возрастной группе.

В возрастной группе от 13 до 15 лет среди подростков мужского пола склонность к наркотической зависимости наиболее выражена в Приволжском районе и ЗАТО Знаменск, среди подростков женского пола – в Красноярском районе.

В возрастной группе от 15 до 18 лет среди юношей склонность к наркотической зависимости наиболее выражена в Красноярском районе, среди девушек – в Приволжском и Камызякском районах.



Гистограмма 4. Результаты обучающихся АО, прошедших социально-психологическое тестирование, по параметру «общая склонность к зависимости» (в % соотношении)

Как видно из *Гистограммы 4*, общая склонность к зависимости среди обучающихся, прошедших социально-психологическое тестирование, в целом значительно выше, чем склонности к конкретным видам зависимости. Этот параметр также подтверждает тенденцию к увеличению его выраженности с увеличением возраста участников тестирования.

В возрастной группе от 13 до 15 лет среди подростков мужского пола общая склонность к зависимости наиболее выражена в Енотаевском, Приволжском, Икрянинском, ЗАТО Знаменск, г. Астрахани, Лиманском, Володарском, Камызякском, Ахтубинском и Харабалинском районах. Самый высокий процент обучающихся этой возрастной группы среди подростков мужского пола по параметру «общая склонность к зависимости» выявлен в Харабалинском районе.

Среди подростков женского пола этой возрастной группы общая склонность к зависимости наиболее выражена в Лиманском, Икрянинском, Ахтубинском, Камызякском районах, ЗАТО Знаменск и г. Астрахани. Самый высокий процент обучающихся женского пола возрастной группы от 13 до 15 лет, участвовавших в социально-психологическом тестировании, показали общую склонность к зависимости в Камызякском районе.

В возрастной группе от 15 до 18 лет среди юношей общая склонность к зависимости наиболее выражена в Лиманском районе, г. Астрахани, Харабалинском районе, среди студентов ВУЗов, в Черноярском, Камызякском, Енотаевском, Ахтубинском, Володарском и Приволжском районах. Самый высокий процент обучающихся-юношей этой возрастной группы, участвовавших в социально-психологическом тестировании, показали общую склонность к зависимости в Володарском районе.

Среди девушек этой возрастной группы общая склонность к зависимости наиболее выражена в г. Астрахани, Володарском, Лиманском районах, среди студенток образовательных учреждений среднего профессионального образования, в Ахтубинском, Харабалинском, Енотаевском и Приволжском районах. Самый высокий процент обучающихся-девушек, в возрастной группе от 15 до 18 лет, участвовавших в социально-психологическом тестировании, показали общую склонность к зависимости в Приволжском районе.

Таким образом, по результатам проведенного в Астраханском регионе социально-психологического тестирования можно сделать следующие выводы.

1. Ситуация с наиболее опасными для здоровья подрастающего поколения склонностями к зависимости: никотиновой, алкогольной и наркотической требует пристального внимания педагогов, медиков и руководителей муниципальных образований. Необходимо проводить профилактическую работу среди подростков и юношей на более высоком профессиональном уровне, с учетом возрастных и гендерных особенностей.

2. Очевидно, что склонность к никотиновой, алкогольной и наркотической зависимости среди девочек и девушек часто не только не уступает по выраженности склонности к зависимости среди юношей, но порой и превышает. Поэтому очень важно воспитывать в девочках высокую ответственность за своё здоровье, акцентируя внимание на том, что от этого зависит здоровье будущих детей, а соответственно и будущее страны.

3. Среди обучающихся, прошедших тестирование, выявлена высокая общая склонность к зависимости. Это говорит о том, что среди подростков и юношества широкое распространение имеют психологические установки оправдания и потворства своим вредным привычкам, слабость волевой сфе-

ры, неспособность отказаться от вредных привычек, при ясном понимании, что они наносят непоправимый вред здоровью, стремление к получению удовольствий любой ценой.

Очевидно, что профилактика девиантного и аддиктивного поведения подростков и юношества в Астраханском регионе требует новых, более эффективных форм и методов работы, а также повышения ответственности родителей и педагогов образовательных организаций за её результат.

Список литературы

1. Ананьев, В. А. Психология здоровья / В. А. Ананьев. – СПб. : Речь, 2006. – С. 239.
2. Змановская, Е. В. Девиантология / Е. В. Змановская. – М. : Академия, 2003. – С. 120.
3. Приказа Министерства образования и науки РФ № 658 от 16 июня 2014 г. «Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования».

СОДЕРЖАНИЕ

Авагимян А. А. БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ КАК СОВРЕМЕННЫЙ ИНСТРУМЕНТ РАБОТЫ СО СПЕЦИАЛИСТАМИ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ.....	5
Бажан В. Г., Петрова Е. С. ВАЖНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ КОНФЛИКТОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНЦИИ У БУДУЩИХ МЕНЕДЖЕРОВ ПО ПЕРСОНАЛУ	7
Балыкин А. И., Балыкина-Милушкина Т. В. МЕТОД ОЦЕНКИ РЕСУРСНОГО ПОТЕНЦИАЛА СПОРТСМЕНА (НА ПРИМЕРЕ ВОЛЬНОЙ БОРЬБЫ, ЖЕНЩИНЫ).....	10
Бегметова М. Х., Лакейкина И. А., Потапова М. Г., Семеняк О. В., Топорков А. И., Храмкина К. А. АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА И САМООЦЕНКИ НА ПРИМЕРЕ СПОРТИВНЫХ КОМАНД.....	14
Бойко В. Н. МЕТОДЫ АРТ-ТЕРАПИИ В СУПЕРВИЗИИ КОНСУЛЬТАНТОВ СЛУЖБЫ ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ	18
Великанова Л. П. РЕАБИЛИТАЦИЯ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ: СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЙ, СТРУКТУРНЫЕ КОМПОНЕНТЫ И НАПРАВЛЕНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ... ..	21
Волчкова О. В., Бакалым И. А. О ПРЕИМУЩЕСТВАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПСИХОДИАГНОСТИКИ ЛИЧНОСТИ В ВОПРОСАХ СТАЦИОНАРНОЙ ВОЕННОЙ И ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	30
Гнедко П. А. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНОГО ПОДХОДА В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ ФГОС	34
Гуреева Л. П., Приуполина Л. М., Хазова В. А., Хилова Л. Н. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ ТРАНСОВО-МЕДИТАТИВНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ «ВСТРЕЧА С ЦЕЛИТЕЛЕМ» ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ И СТАБИЛИЗАЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ ИБС	37
Еловчиева З. Р., Смахтина Т. А. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ, ПЕРЕЖИВАЮЩИХ СИТУАЦИЮ РАЗВОДА РОДИТЕЛЕЙ.....	40
Зайцева Л. А., Степаненко А. А., Степаненко Т. А. ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ..	43
Кожеурова Е. В., Молоканова Н. А. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ-ИГРОМАНОВ	45
Козионов А. А. ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ЗАВИСИМЫМИ И СОЗАВИСИМЫМИ ЛЮДЬМИ.....	48
Коновалов С. С., Дмитриева Ю. Ф. ИЗМЕНЕНИЕ НАПРАВЛЕННОСТИ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ РАБОТНИКА ОРГАНОВ ПРОКУРАТУРЫ.....	55
Крестина Н. В., Семенищева М. Г. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РОДИТЕЛЯМ ПЕРВОКЛАССНИКОВ.....	63
Кузнецов, И. А. Расулов Р. М., Расулов М. М. НЕКАНОНИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ АМИНОАЦИЛ-ТРНК-СИНТЕТАЗ И ИХ КОМПЛЕКСОВ.....	66
Лемякина Е. П., Мамонова Т. Н. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЭКСТРЕМИСТСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ГАРМОНИЗАЦИИ МЕЖЭТНИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ, НЕДОПУЩЕНИЮ ПРОЯВЛЕНИЯ ФАКТОВ НАЦИОНАЛИЗМА И КСЕНОФОБИИ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В МБОУ «КАМЫЗЯКСКАЯ СОШ № 4».....	67

Потапова М. Г., Плещенко Н. В., Приуполина Л. М., Семеняк О. В., Топорков А. И. ОПЫТ РАБОТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В СПОРТИВНЫХ КОМАНДАХ, СОПРЯЖЁННОГО С ВНУТРЕННИМ СОПРОТИВЛЕНИЕМ ТРЕНЕРСКОГО СОСТАВА. ОПЫТ РАБОТЫ ПСИХОЛОГОВ ЦЕНТРА «ДОВЕРИЕ»	71
Расулов Р. М., Кузнецов И. А., Деманова И. Ф., Расулов М. М. УЧАСТИЕ АМИНОАЦИЛ-ТРНК-СИНТЕТАЗ В КОНТРОЛЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ.....	75
Рахметова А. А., Мартыненко А. В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАЗВИТИИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СОПРОВОЖДАЕМЫХ СЕМЬЯХ	77
Сарафрази Т. ОСОБЕННОСТИ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ ПО КОРРЕКЦИИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ДЕПРИВАЦИИ.....	80
Торишневa Е. Ю., Лобанова Ю. О. ГИДРОКИНЕЗОТЕРАПИЯ КАК ОСНОВА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННОЙ НЕЙРО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	83
Торишневa Е. Ю., Ушаков А. А. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	86
Ушаков А. А. ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА УРОВНЯ ОБЩЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЗАНЯТИЯХ ФИЗКУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ.....	89
Быстрякова Е. А., Кузнецов И. А., Лобанов О. Ю. ОЦЕНКА ПИТАНИЯ СТУДЕНТОК АСТРАХАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ТЕХНИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	92
Куралева О. О., Кузнецов И. А., Старков А. И. СОСТАВ ТКАНЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ АГТУ С УЧЕТОМ ИХ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	95
Сусликова О. Н. К ИТОГАМ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ В АСТРАХАНСКОМ РЕГИОНЕ	98

Научное издание

**СОВРЕМЕННАЯ НАУКА:
ОПЫТ, ИННОВАЦИИ, ПЕРСПЕКТИВЫ**

III Международная научно-практическая конференция

Астрахань, 2 октября 2015 года

Материалы

*За содержание и качество авторских материалов
издательство ответственности не несёт*

Компьютерная вёрстка Е. А. Молодцовой, А. В. Калмыковой
Дизайн обложки Е. С. Панюшкина

Подписано в печать 18.11.2015. Формат 60×84/16. Усл. печ. л. 6,28. Тираж 30 экз.
Заказ 447.

Издательство АГТУ. 414056, Астрахань, Татищева, 16.