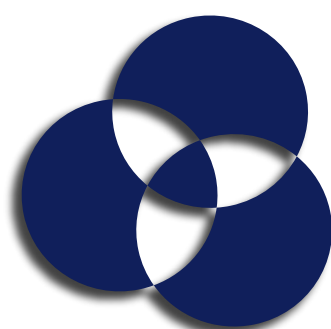


ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

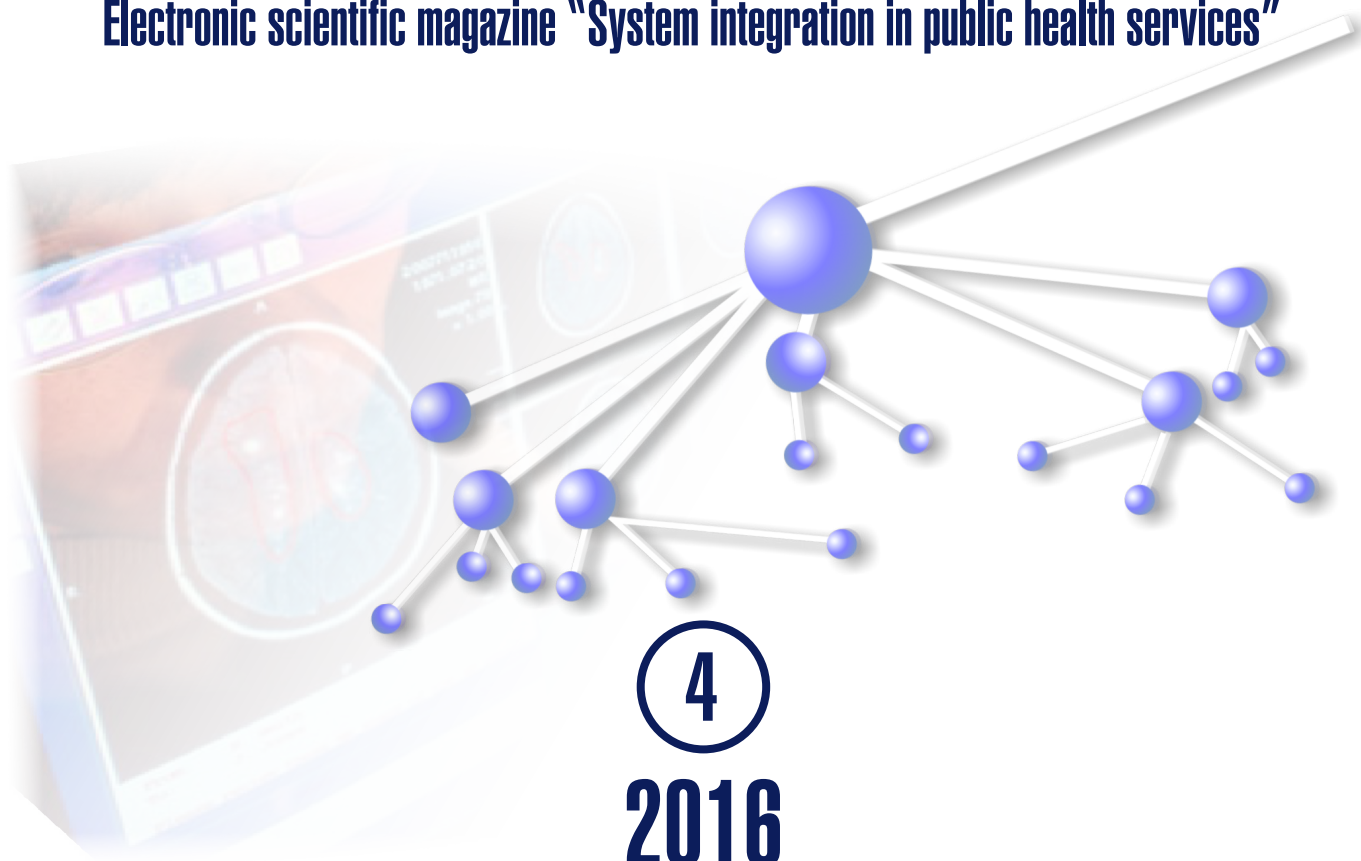
ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
Свердловской области
детская клиническая больница
восстановительного лечения
“Научно-практический центр
“Бонум”

www.bonum.info

Государственное учреждение
Научный центр здоровья детей
Российской академии
медицинских наук

Свердловский филиал

www.nczd.ru

АДРЕС РЕДАКЦИИ

г. Екатеринбург,
ул. Академика Бардина, 9а
тел./факс (343) 2877770, 2403697
Почтовый адрес: 620149,
г. Екатеринбург, а/я 187

redactor@sys-int.ru
www.sys-int.ru

Электронный научный журнал
“Системная интеграция в
здравоохранении”
зарегистрирован Федеральной
службой по надзору в сфере
массовых коммуникаций, связи и
охраны культурного наследия
Российской Федерации
Свидетельство Эл №ФС77-32479
от 09 июня 2008 г.

ISSN 1997-3276

Редакция не несет
ответственности за содержание
рекламных материалов.

При использовании материалов
ссылка на журнал “Системная
интеграция в здравоохранении”
обязательна.

© ГБУЗ СО ДКБВЛ “НПЦ “Бонум”, 2016



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

WWW.SYS-INT.RU

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ И
УПРАВЛЕНИЯ, ИНФОРМАЦИОННЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ, ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

№ 4 (30) 2016

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор С.И.БЛОХИНА
Заместители главного редактора
И.А.ПОГОСЯН, Т.Я.ТКАЧЕНКО,
С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН, А.В.СТАРШИНОВА
Выпускающий редактор А.Н.ПЛАКСИНА

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.А.БАРАНОВ (Москва)
В.А.ВИССАРИОНОВ (Москва)
А.Г.БАИНДУРАШВИЛИ (Санкт-Петербург)
А.Б.БЛОХИН (Екатеринбург)
О.П.КОВТУН (Екатеринбург)
В.А. ЧЕРНЫШЕВ (Москва)
В.И. СТАРОДУБОВ (Москва)
В. RICHARDS (Манчестер, Великобритания)
Sh. MONAHAN (Торонто, Канада)

Уважаемые читатели и авторы нашего журнала!



Факультет психолого-социальной работы и высшего сестринского образования был создан приказом ректора ФГБОУ ВО Минздрава России от 30 июня 2016 г.

Возглавила факультет доктор психологических наук, профессор Евгения Сергеевна Набойченко.

В состав факультета вошли семь кафедр: выпускающие кафедры – клинической психологии; социальной работы и социологии медицины; управления сестринской деятельностью; общественного здоровья и здравоохранения; а также кафедры социально-экономических и гуманитарных дисциплин – истории, экономики и права; философии, биоэтики и культурологии; психологии и педагогики, близкие к профилю факультета по содержанию его деятельности.

В число профессорско-преподавательского состава факультета входят известные ученые и специалисты,

доктора и кандидаты наук.

Цель создания факультета - оптимизация подготовки высококвалифицированных специалистов, востребованных в различных сферах медицинской науки и практического здравоохранения, способных осуществлять профессиональную деятельность в области социальной работы, клинической психологии, управления сестринской деятельностью для сохранения здоровья и повышения качества жизни населения. В успешной реализации концептуальных задач факультета существенную роль играет опыт, накопленный кафедрами, вошедшими в состав факультета: кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, образованной в 1932 году, возглавляемой сегодня доктором медицинских наук Натальей Владимировной Ножкиной; кафедрой истории, экономики и правоведения (образована в 1933 году) под руководством профессора Геннадия Николаевича Шапошникова; кафедрой философии, биоэтики и культурологии (образована в 1959 году), руководимой кандидатом философских наук, доцентом Еленой Владимировной Власовой, ранее руководил кафедрой профессор Анатолий Афанасьевич Баталов, который активно сотрудничал с НПЦ «Бонум» на протяжении многих лет; педагогики и психологии (образована в 1994 году) возглавляемой кандидатом психологических наук, доцентом Еленой Васильевной Дьяченко. Кафедра управления сестринской деятельностью образована в 2007 году, долгое время кафедру возглавляла профессор, доктор медицинских наук, Любовь Андреевна Шардина, а с 2016 г. Кафедру возглавила доктор медицинских наук Елена Павловна Шурыгина. Кафедрой социальной работы и социологии медицины, которая была образована в 2007 году, с 2014 г. Руководит кандидат исторических наук, доцент Константин Викторович Кузьмин. Самая молодая кафедра - это кафедра клинической психологии, она была образована в 2011 году, а в этом году состоялся первый выпуск выпускников кафедры Клинической психологии, и работы лучших из них будут представлены в этом номере журнала.

*С уважением,
декан факультета психолого-социальной работы и
высшего сестринского образования ФГБОУ ВО УГМУ,
доктор психологических наук, профессор
Набойченко Евгения Сергеевна*

ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Гольдштейн С.Л., Грицюк Е.М., Дугина Е.А., Зимин А.О.
О СИСТЕМНО-ИНТЕГРАЦИОННОЙ МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ БАЗЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ОЦЕНКИ
ПОТЕНЦИАЛОВ, РЕЛЕВАНТНО-ПЕРТИНЕНТНЫХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ.....5

ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА

Буторин Г.Г., Бенько Л.А.
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРИОДИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ
ВОЗРАСТЕ.....22

Буторин Г.Г., Бенько Л.А., Шумакова О.А.
«ШКОЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ» И «ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЗАПУЩЕННОСТЬ»: ВЗГЛЯД С
ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПОЗИЦИЙ.....30

Жукова Н.В.
РАЗВИТИЕ ЛИЧНОЙ КУЛЬТУРЫ СТУДЕНТОВ В КОНТЕКСТНОМ ОБУЧЕНИИ.....37

Мордвинцева А.Ф.
ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ СФЕРЫ ОБРАЗОВ-ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ.....47

Шихова Е.П.
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ИЗУЧЕНИИ СЕМЬИ НА ЭТАПЕ ОЖИДАНИЯ РЕБЕНКА..56

ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ

Мурычева Н.Н., Захарченко Н.М.
КОНФЛИКТЫ КАК ПРИЧИНЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ67

О СИСТЕМНО-ИНТЕГРАЦИОННОЙ МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ БАЗЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ОЦЕНКИ ПОТЕНЦИАЛОВ, РЕЛЕВАНТНО- ПЕРТИНЕНТНЫХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Гольдштейн С.Л.¹, Грицюк Е.М.², Дугина Е.А.², Зимин А.О.¹

¹ ФАГОУ ВПО УрФУ, г. Екатеринбург

² ГБУЗ СО ДКБВЛ НПСЦ «Бонум», г. Екатеринбург

На основе постулатов и моделей естественно-научных и технических дисциплин, прежде всего, физики, сформулирована и обоснована гипотеза о возможности создания системно-интеграционной методологической базы определения и оценки потенциалов, релевантно-пертинентных деятельности медицинского учреждения. Приведены формулы расчетов электрического заряда, схемы электрических устройств, найдены примеры аналогий из работы больницы. Таким образом, созданы предпосылки для создания системы расчетов ресурсно-результативного потенциала медицинского учреждения.

Ключевые слова: медицинское учреждение, потенциал, аналогия, электростатика, модели оценки потенциалов.

About the system and integration methodological basis of identification and assessment of the potential what relevance and pertinence of the medical institution activity

¹ Ural Federal University, Ekaterinburg

² Scientific and Practical Center "Bonum", Ekaterinburg

Goldshtein S.L.¹, **Gritsyuk E.M.**², **Dugina E.A.**², **Zimin A.O.**¹

Formulated and substantiated the hypothesis about the possibility of establishing of a system-integration methodological basis of identification and assessment of the potential what relevance and pertinence of the medical institutions activity, on the basis of the postulates and models of the natural sciences and the technical subjects, especially physics. The formulas for calculations of the electric charge, the electrical devices they found examples of analogies from the work of the hospital. Thus, to create prerequisites for creation of system of calculations of resource and productive potential of medical institutions.

Keywords: medical institution, potential, analogy, electrostatics, potential is assessment model.

Актуальность и постановка задачи

Понятия ресурсного, результативного, производственного, инновационного и др. потенциалов предприятий и регионов описаны в литературе [1 - 3]. В документах, отражающих и нормирующих деятельность медицинского учреждения (МУ), используют понятие потенциала в разных аспектах и применительно к разным объектам: ко всему МУ, его ресурсам, в т.ч. кадрам, реабилитации пациентов, инноватике, экономике, трудовой активности, научно-образовательному аспекту, компьютерной поддержке и т.д. [4 - 16]. Все эти аспекты методологически однотипны – опираются на узкопрофильные рассмотрения,

что приводит к необоснованной субъективности, фрагментарности описаний и затрудненности при оценке адекватности предлагаемых моделей. Ранее предложена модель оценки ресурсно-результативного потенциала [17] на основе метода «черного» ящика и рассмотрены два аспекта: сущностный с учетом предметного наполнения структуры МУ и информационный с учетом отражения сущностей в информационных оценках [18].

В данной статье поставлена и решена задача по обоснованию и формированию системно-интеграционного подхода к методологической естественно-научной базе определения и оценки потенциалов, релевантно-пертинентных деятельности МУ.

Предпосылка

На системный вопрос: «Зачем практически нужно знание потенциала объекта или субъекта?», естественно дать ответ: «Для адекватного (эффективного) разрешения той или иной ситуации». И чем сложнее объект и более проблемная ситуация, тем весомее роль знаний о таких потенциалах. Естественно, что новые знания вступают в отношения с имеющимися и либо опираются на них, либо развивают, либо отвергают и заменяют собой. В данной статье мы исходили из того, что знания о потенциалах накоплены в разных фундаментальных дисциплинах и они могут быть полезны в решении задачи о ресурсно-результативном потенциале сложного социального объекта типа учреждения, в частности медицинского учреждения и его составляющих.

Общее и специфическое в деятельности МУ.

Общее отражает рисунок 1.

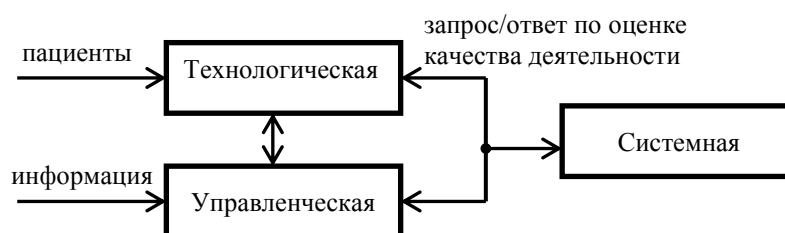


Рис. 1 Типовая схема [17] составляющих деятельности сложного объекта типа МУ (виды деятельности: технологическая (ТД), управленческая (УД), системная (СД))

В ТД МУ присутствуют базовые составляющие: профильная, экономическая, кадровая и т.п., как обязательные, и инновационная, как желательная. В УД МУ могут быть выделены такие составляющие как: информационная, организационная, принятия решений на политико-стратегическом или/и тактико-технологическом уровнях и т.п. В проблемных

ситуациях востребована СД МУ в части переноса взгляда на качество ТД и УД на «этаж выше» (как бы в четвертое измерение) для оценки сложности объектов и проблемности ситуаций с системным моделированием на базе фундаментальных наук и системным проектированием на базе инжиниринга и реинжиниринга деятельности [17], что позволяет повысить качество принимаемого решения. Кроме того, системная деятельность охватывает сегодня и задачи системной интеграции [19] необходимой для развития медицины в комплексе с другими дисциплинами.

Специфическая особенность в деятельности МУ - это профиль деятельности (включающей профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию с перманентными противоэпидемиологической и компьютерной поддержками) с накладывающейся спецификой в части географии, климата, экономики, экологии, урбанизации, демографии, ментальности и т.п.

Деятельность и потенциал: первая предпосылка предлагаемого подхода

Будем полагать, что организаторы ТД МУ и УД МУ, основываясь на постулатах медицины и ее менеджмента, биологии и др. родственных дисциплин, должны больше использовать знания из фундаментальных естественных наук типа физики, химии и др., а также относительно новых, оформившихся в последние 50-60 лет и давших основу УД и СД (кибернетика, информатика, системотехника и т.п.), с языком математики и с законами логики. В этой связи уместна хотя бы краткая подборка постулатов, задающих, прежде всего, «физичность» описания работы МУ.

Считаем, что процессы организации, в том числе и лечебно-диагностический, во многом похожи на те, что происходят в природе, законы которых излагаются в основах естествознания. Поэтому представляется перспективным выбрать соответствующую аналогию и перенести методы оценки из фундаментальных дисциплин в медицину.

Так, например, если в общих чертах рассматривать основные известные положения о внутреннем устройстве мира, то целесообразно вспомнить, что любая деятельность происходит в пространстве-времени (реальном и виртуальном); пространство-время содержит поля; поле – это совокупность сил; силами создаются или разрушаются объекты и процессы; источник сил – энергия (на сегодня считается, что это - энергия вибрации пространства-времени), а также материя и информация; сила имеет величину и направление (вектор); энергия может быть представлена потенциалами сил поля; потенциал может не проявляться (потенциал покоя) или работать (потенциал действия);

действие силы всегда связано с противодействием (реакцией), они равны и направлены противоположно, выигрыш в силе дает проигрыш в пути (золотое правило механики); сила совершает работу (полагаем, что положительную), против силы тоже совершается работа (полагаем, что отрицательная); действие силы может вызвать движение; при движении важны силы инерции и трения; движение может быть прямо-и криволинейным, а также вращательным, с помехами и без и т.д.

Эти известные постулаты, список которых можно продолжить, будем считать первой предпосылкой подхода к методологической базе определения и оценки потенциалов, релевантно-пертинентных деятельности МУ, а первые аналоги (как наиболее отражающие организационные процессы при управлении медицинским учреждением), как следующие предпосылки, считаем целесообразным поискать, прежде всего, в классической физике.

Аналог 1 модели потенциала

Этот аналог взят нами из физики, раздел – электростатика. Электростатический аналог рассмотрен, в первую очередь, как наиболее наглядный и конструктивный, т.к., во-первых, содержит простые (знакомые со школы) аналитические связи между основными понятиями [20], которые ассоциируются с понятием ресурсно-результативного потенциала и способами его оценки, во-вторых, связан с известными в быту устройствами, в-третьих, субъект деятельности в социальных структурах – человек, как известно [21] – система электромагнитная. Приведем эти модели:

$$\varphi = q / C, \quad (1)$$

где φ – электрический потенциал, q – электрический заряд, C – емкость.

Составляющим модели можно найти аналогии в основах организации медицинской деятельности, например, φ (электрический потенциал) – ресурсно-результативный потенциал медицинского учреждения, q (электрический заряд) – ресурсы медицинского учреждения, C (емкость) – нормативные значения, определяющие накопление и расходование ресурсов медицинского учреждения;

$$\text{или} \quad \varphi = W / q, \quad (2)$$

где W – потенциальная энергия заряда (прилагается для создания максимальной разницы между состояниями пациента до лечения и после), при этом φ характеризует свойство поля в данной точке;

$$\text{или} \quad -grad\varphi = E, \quad (3)$$

т.е. вектор E (напряженность электрического поля) численно равен разнице потенциалов и направлен в сторону падения потенциала, может характеризовать доступность медицинской помощи для пациентов, т.к. чем дальше от заряда (от медицинского учреждения) находятся частицы (население), тем меньше этот заряд на них влияет (менее доступна помощь).

$$\text{При этом} \quad q = I * t, \quad (4)$$

где I – поток заряженных частиц (электронов, ионов и т.п.), t – время; таким образом, можно представить накопление ресурсов медицинского учреждения во времени;

$$q = F / E, \quad (5)$$

где F – сила заряда:

$$F \approx q_1 \times q_2 / \varepsilon \times r^2, \quad (6)$$

где ε – характеристика среды (например, диэлектрическая проницаемость, может отражать сопротивления внутренней среды медицинского учреждения), r – расстояние между зарядами q_1 и q_2 (степень отклонения медицинской технологии от стандартов).

Укажем единицы измерения (табл.), т.к. без них любой расчет не может быть корректным.

Таблица
Единица измерения в системе СИ для аналога 1

№	Символ	Обозначения	№	Символ	Обозначения
1	φ	В (Вольт)	6	E	В/м(вольт на метр)
2	q	К (Кулон)	7	I	А (Ампер)
3	C	Ф (Фарада)	8	t	с (секунда)
4	W	Дж (Джоуль)	9	r	м (метр)
5	F	Н (Ньютон)	10	ε	Ф/м (Фарада на метр)

Если значения параметров приведены в рамках одной и той же системы единиц измерения, то по приведенным формулам можно получить адекватные результаты. Это правило надо учитывать и при выборе аналогий и способов их измерения для медицины. Для отказа от размерностей можно использовать метод нормирования показателей.

Разберем следующий пример: имеются два покоящихся заряда разной полярности, допустим, что $q_1 = q_2 = 10^{-4}$ К, $r = 1$ м, $\varepsilon = 30$ (спирт, как основной антисептик), $\varepsilon_0 = 9 \cdot 10^{-12}$ К²/н·м², таким образом, сила притяжения зарядов будет равна:

$$F = \frac{1}{4 \cdot \pi \cdot \varepsilon \cdot \varepsilon_0} \cdot \frac{q_1 \cdot q_2}{r^2} \approx \frac{10^{-8}}{12 \cdot 30 \cdot 9 \cdot 10^{-12}} \approx 3 \text{ н}, \quad (7)$$

и с учетом того, что $н = \text{кг} \cdot \text{м} / \text{с}^2$, это составит $\approx 3 \text{ кг} \cdot \text{м} / \text{с}^2$, т.е. получили разумное для лабораторных условий значение силы, которая может определять потенциал этого антисептика.

Этому примеру расчета из электростатики можно найти аналогию и для организационно-управленческой ситуации в МУ. При этом в дополнение к описаниям (1)÷(6) полезны графические (визуальные) представления о потенциале, отличающемся своей наглядностью, что усиливает их понимание, в формализме силовых линий (векторов с длиной и направлением). Например, принцип суперпозиции (алгебраического сложения) электрических полей позволяет рассчитывать поля сложных систем зарядов по однозначным правилам сложения векторов. Для деятельности МУ это может быть очень актуально в плане оценки (например, суммирования) деятельности разных подразделений

или разных видов медицинских (или обеспечивающих) технологий, чтобы узнать общий эффект полезного (или вредного) действия на здоровье пациента.

Аналог 2 общеизвестного устройства, обладающего потенциалом

В качестве реального устройства, созданного Г. Планте еще в 1859 г. с учетом моделей (1)-(6), для отслеживания и оценки закономерностей организационных процессов в медицинском учреждении удобно представлять обычный автомобильный аккумулятор [22], который сначала надо изготовить, потом зарядить (например, током 5 А в течение 10 часов при емкости 50 А*час и стандартных габаритах устройства), затем в зависимости от сопротивления нагрузки аккумулятор может производить работу, отдавая в электрическую цепь автомобиля соответствующий ток при напряжении $\approx(12\div 14)$ В до разряда (частичного или полного). При этом генератор автомобиля подзаряжает (за счет энергии работающего мотора) аккумулятор, выполняя, по сути, функцию его реинжиниринга. Или зарядкой аккумулятора занимается его владелец, используя зарядное устройство.

Аналог 2 и медицинское учреждение

Сравним работу аккумулятора с функционированием медицинского учреждения и его бизнес-процессами. Ресурсы и технологии, выполняемые в больнице, определяются потребностями населения, нуждающегося в медицинской помощи, закреплены в различных регламентирующих документах, находят свое отражение в паспорте, лицензии, сертификате и др. обязательных документах. Также структура, габариты и назначение аккумулятора фиксируются в его инструкции, паспорте и др. Для поддержания работоспособности медицинское учреждение нуждается в снабжении основными видами ресурсов (финансовых, материальных, энергетических, людских, информационных), что можно представить как «наполнение емкостей», что происходит и у аккумулятора. Этот процесс требует затраты времени, после чего на определенный период (срок эксплуатации здания, амортизации аппаратуры, годности лекарственного препарата) больница готова к производству соответствующих услуг, лечебно-диагностических, реабилитационных и профилактических с заданным качеством, как и заряженный аккумулятор, гарантированно выдающий напряжение $\approx(12\div 14)$ В.

Величина затрат потенциала на оказание медицинской помощи будет зависеть от нагрузки потребителя (отдельного пациента или потоков пациентов), а также качества (уровня оказываемой медицинской помощи) проводимых работ в медицинском учреждении, и сопротивления участников или организаторов оказания медицинской помощи (как в

электрической цепи автомобиля). По мере расходования потенциал больницы нуждается в пополнении, как и аккумулятор в подзарядке. В обоих случаях потенциал отражает величину энергии заряда, необходимую для планируемой работы. Причем работы реальной (в действии) или потенциальной (в покое).

В гипотезе об аналогии между медицинским учреждением и аккумулятором нашлось место таким понятиям, как плотность среды и дипольность конструкции. В свинцово-кислотном аккумуляторе плотность электролита связана с его электропроводностью за счет концентрации кислоты, а дипольность (наличие двух клемм: + и –) дает движущую силу. А в медицинском учреждении плотность, проводимость и сопротивление среды можно связать с характеристиками внутренней логистики: каналов и потоков для движения всех видов ресурсов (пациентов, сотрудников, информации, оборудования, расходных материалов и др.) и сопротивления этому движению. Дипольность в больнице можно ассоциировать с ролями катода и анода в свинцово-кислотном аккумуляторе, где катод – губчатый металлический свинец. При разряде катод «портится, растрачивается», отдавая электроны, т.е. окисляется с выделением воды, что снижает электропроводность и увеличивает сопротивление электролита. Уместна следующая аналогия для медицинского учреждения: представим в качестве катода, который служит донором частиц, кадровый состав или другие имеющиеся ресурсы (руководитель дает планы и решения, специалист – услуги, здание и аппаратура – свою какую-то пользу, лекарства – эффект при применении и т.п.); анод – это получатель (специалисты получают распоряжения руководства, помещения, аппаратуру, технологии; пациент – услуги и лекарства). При зарядке роли меняются, и катод становится получателем (руководитель восстанавливает запас ресурсов, планов, решений, здание ремонтируется, аппаратура обслуживается, специалист стимулируется и вознаграждается, лекарства пополняются, пациент выздоравливает и т.п.); а анод начинает отдавать (перенос ресурсов из склада, хранилища, репозитария). Дипольность при этом можно трактовать, с одной стороны, как пользу и вред, а с другой, как выдачу и прием.

В соответствии с рис.1 рассмотрим также аналогию деятельности по управлению аккумулятором и медицинским учреждением. Основные процедуры этого управления: принятие решений о судьбе аккумулятора и больницы, выделение финансовых ресурсов на их приобретение, эксплуатацию, обслуживание, модернизацию и замену. В стадии эксплуатации аккумулятора им управляет водитель автомобиля с помощью замка зажигания, а медицинским учреждением руководит менеджмент с помощью организационно-управленческих средств. Частичной подзарядкой аккумулятора управляет

цепь генератора двигателя, а подпиткой рабочих мест медицинского учреждения – службы обеспечения. В стадии автономного обслуживания аккумулятора его состоянием руководит человек. В медицинском учреждении профилактикой рабочих мест и помещений управляют административные работники.

Системная деятельность (на рис.1) востребована лишь в проблемных ситуациях, связанных для аккумулятора, например, с экстремальными погодными условиями, нарушениями регламентов обслуживания, браком завода-изготовителя или некомпетентными действиями владельца. В медицинском учреждении проблемных ситуаций со сложными объектами, естественно, намного больше.

Рассмотрим также способы оценки состояния объектов аналогии. О состоянии аккумулятора можно судить по разным показателям (откликам), так, например, без нагрузки информативно напряжение между клеммами, измеряемое вольтметром. При этом фактическое напряжение (U^{Φ}), отнесенное к нормативу $U^n=(12,6\div 12,9)V$ для сернокислотного свинцового аккумулятора, можно принять за оценку потенциала по модели U^{Φ}/U^n в диапазоне значений от 0 до 1. С учетом сдвига нуля на 11,5В это дает при $(0\div 0,3)V/(1,1\div 1,4)V = 0,20$, т.е. оценка потенциала указывает на то, что имеем разряженный аккумулятор, и при $(0,8\div 1,1)V/(1,1\div 1,4)V = 0,75$, т.е. потенциал соответствует заряду на $\frac{3}{4}$ от максимального. Без нагрузки можно использовать и другой отклик – плотность электролита в корпусе аккумулятора, измеряемую ареометром, и с помощью нормирования аналогично оценить потенциал. Для медицинского учреждения также существует множество параметров, которые оценивают на соответствие нормативным значениям в состоянии «без нагрузки». Они зафиксированы в различных директивных документах (ГОСТы, СНИПы, СанПиНы, СП, стандарты и др.). Так, например, в самом начале оценивается проект медицинского учреждения, затем построенное и оснащенное оборудованием помещение, а также специалисты по своим профилям и компетенциям. В результате больница получает допуск в виде лицензии на оказание медицинской помощи. Состояние «без нагрузки» для аккумулятора состоит в том, что его заряд не тратится на обеспечение электроцепей автомобиля. МУ в состоянии «без нагрузки» - это значит, что оно (в этот момент) не оказывает медицинскую помощь.

Под нагрузкой, используя специальный инструмент – нагрузочную вилку, можно оценить потенциал аккумулятора качественно, как достаточный или нет, приняв за норматив $U^n > 9V$ при времени замера < 5 с. Для медицинского учреждения может быть аналогия с испытательным периодом при вводе в эксплуатацию новой больницы, ее отдельных корпусов, блоков или функциональных подразделений. Т.е. тот переходный период, когда

особо тщательно отслеживаются показатели работы и необходимо сохранять высокую готовность для почти мгновенного парирования помех вплоть до возможного приостановления деятельности.

Исходя из этих оценок, по-видимому, можно использовать самые разные отклики и при функционировании МУ и его составляющих, т.е., фиксируя значения любых доступных для измерения характеристик и применяя нормирование, можно оценить потенциалы составляющих МУ и всего медицинского учреждения.

При этом такой подход связан с отказом от размерностей в модели (1), т.е. емкость C и заряд q следует представлять в одинаковых размерностях (кулонах или ампер-часах) для аккумулятора и в соответствующих единицах измерения для МУ.

Тогда потенциал φ любой составляющей МУ и его в целом можно представить как:

$$\varphi = Y^{\phi} / Y^{\eta}, \quad (8)$$

где $Y^{\phi, \eta}$ – интегральные отклики (или показатели работы) фактические (ϕ) и нормативные (η);

$$Y^{\phi} = f\left(\sum_{i=1}^m (Z * \alpha)_i, t\right), \quad \sum \alpha_i = 1, \quad (9)$$

где Z принимается за полное сопротивление или импеданс составляющей потенциала (помехи для бизнес-процессов в медицинском учреждении), α - вес, t – время, i – управляющая переменная для перебора составляющих, Σ - сумма, f – функция причинно-следственной связи, например, в виде:

$$Y^{\phi} = \begin{cases} \sum_{i=1}^m (Y * \alpha)_i^{\phi} & \text{при } \Delta < \Delta_{np}, \\ \sum_{i=1}^m \mu_i & \text{при } \Delta \geq \Delta_{np}, \end{cases} \quad (10)$$

где Y_i – любой частный отклик (один из показателей работы), Δ - разброс значений разнотипных откликов Y_i и его предельное (Δ_{np}) значение, μ - функция принадлежности [23] для работы с нечеткими понятиями.

Рассмотрим также и потери потенциала, прежде всего, за счет внутреннего сопротивления, которое для аккумулятора складывается из сопротивления процессов на аноде и катоде, контактов на клеммах и сопротивления электролита, контролируемого по его плотности, зависящей от соотношения воды и серной кислоты (при разряде увеличивается доля воды, при заряде – кислоты) и саморазряда (рис.2).

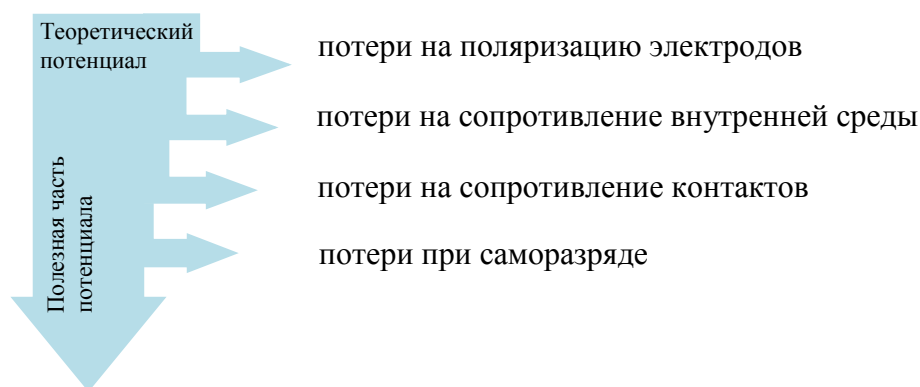


Рис. 2. Схема потерь теоретического потенциала

Для медицинского учреждения потерь потенциала существенно больше. Основные из них: старение зданий, помещений, износ оборудования, профессиональное выгорание персонала, потеря оптимизма у пациента и т.д. Но при этом схема на рис.2 принципиально не изменится.

На основании рассмотренных аналогий уместен вывод о том, что для количественного учета составляющих потенциала медицинского учреждения на разных этапах его жизненного цикла можно использовать популярный в моделировании самых разных явлений метод построения и расчета эквивалентных электрических схем. На рис. 3 приведена простейшая схема, описывающая принцип функционирования носителя потенциала как в аккумуляторе, так и в медицинском учреждении.

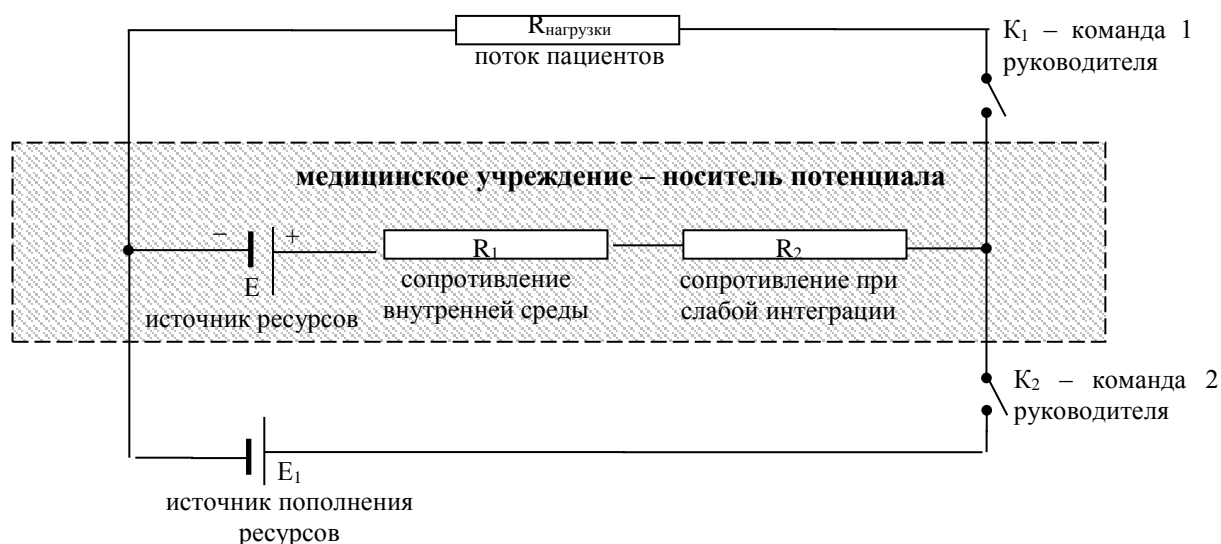


Рис. 3. Простейшая эквивалентная схема заряда-разряда потенциала (первое приближение), где E – источник энергии носителя потенциала (источник ресурсов), R_1 – активное внутреннее сопротивление носителя (внутренней среды медицинского учреждения), R_2 – активное сопротивление полюсов (при слабой интеграции структур медицинского учреждения), E_1 – источник подзаряда (источник пополнения ресурсов), K_1, K_2 – ключи (команда руководителя)

Здесь носитель потенциала можно ассоциировать не только с аккумулятором (что очевидно), но и с любой энергоемкой составляющей медицинского учреждения и больницей в целом. Так, например, источник энергии (E) – это ресурс: в аккумуляторе – электрохимический, в медицинском учреждении – самой разной природы (от финансов до времени). Сопротивление R_1 в аккумуляторе связано с проводимостью электролита, а в медицинском учреждении – с внутренней неидеальностью его составляющих (при слабой интеграции его структур). Сопротивление R_2 в аккумуляторе отражает процессы на электродах, а в больнице – процессы на полюсах (субъектов и подразделений), которые можно связать с соотношением положительной и отрицательной направленностей составляющих деятельности. Преодолев эти сопротивления источник (при замкнутом ключе K_1) генерирует электрический ток в аккумуляторе и поток ресурсов в медицинском учреждении, которые потребляются внешней нагрузкой R_n : в аккумуляторе – это бортовая электрическая сеть автомобиля, в больнице – это все предметы ее деятельности. Когда носитель потенциала иссякнет, ему дают подзарядку (замкнут ключ K_2 , разомкнут K_1) от внешнего источника E_1 .

Однако, целесообразно усложнить схему на рис.3. прежде всего, подробнее рассмотрев носитель потенциала, что отражает рис.4. Здесь, во-первых, отдельно представлены положительный и отрицательный полюса с использованием цепочек «сопротивление – емкость», импеданс которых можно учитывать полнее, чем на рис.3. Во-вторых, полагая, что источник E может иметь динамику (и даже «переполюсовку») следует учитывать возникающее индуктивное сопротивление, которое при стационарном потоке равно 0. Далее на рис.4 внешняя нагрузка обозначена как импеданс Z_n , что предполагает и в ней наличие как активных, так и реактивных сопротивлений. Также на рис. 4 приведены аналогии элементам из медицинского учреждения.

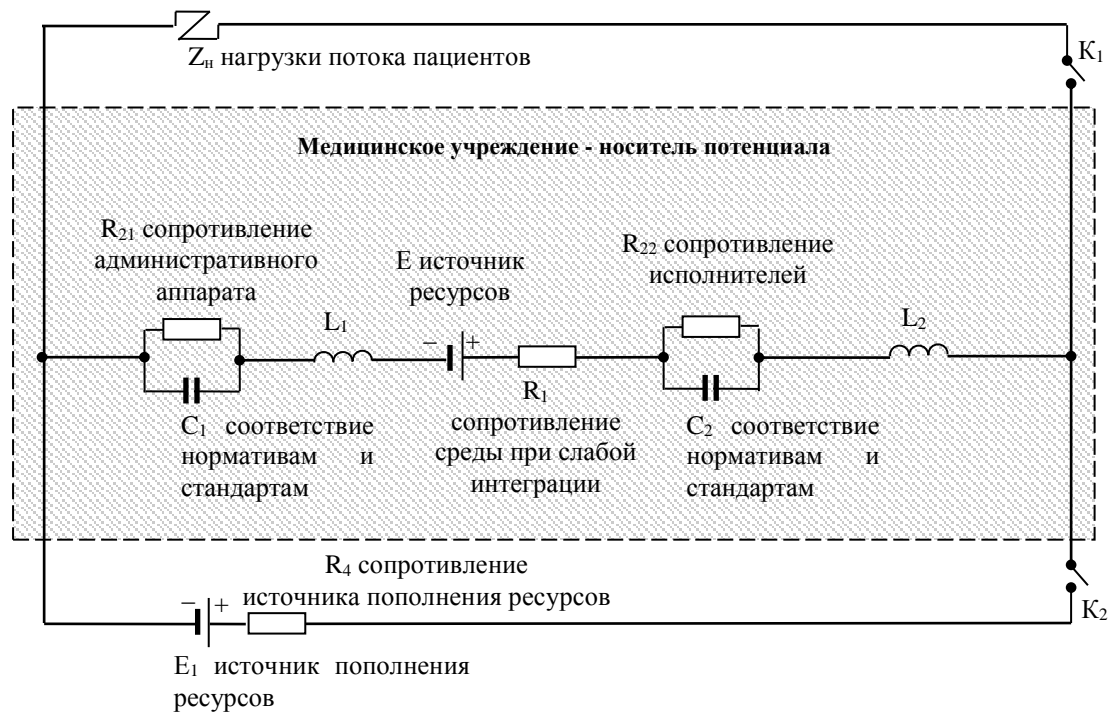


Рис. 4. Простейшая эквивалентная схема заряда-разряда потенциала (второе приближение)

Z_n – полное сопротивление нагрузки (потока пациентов) -импеданс, R_1 – активное внутреннее сопротивление носителя (сопротивление внутренней среды медицинского учреждения при слабой интеграции), R_{21} – активное сопротивление полюса + (сопротивление административного аппарата), R_{22} – активное сопротивление полюса – (сопротивление исполнителей), R_4 – сопротивление зарядного устройства (источника пополнения ресурсов), C_1 – емкостное сопротивление полюса + (соответствие административного аппарата нормативам и стандартам), C_2 – емкостное сопротивление полюса – (соответствие исполнителей нормативам и стандартам), $L_{1 \text{ и } 2}$ – индуктивное сопротивление логистической связи (противоречия в указаниях административного аппарата или действиях исполнителей), E – источник энергии (источник ресурсов), E_1 – источник подпитки (источник пополнения ресурсов).

Такая (более подробная) детализация структуры носителя потенциала дает направление поиска потерь потенциала, их выявления, учета и оценки. В роли носителя потенциала в медицинском учреждении (МУ) могут быть: пациент, его семья, специалист МУ, менеджер МУ, технологии, аппаратура, помещения, лекарства, информация, ... и т.п. При этом значимо: какой полюс (+ или –) носителя потенциала заземлен, а какой оказывает полезное или вредное действие. Например, исполнитель обеспечивает выполнение задачи или препятствует (вольно или невольно), лекарство полностью полезно или частично вредно и т.п.

Дальнейшее развитие эквивалентных схем, естественно, потребует введения в ее структуру такого элемента, как операционный усилитель, способный быть наглядным аналогом многофункциональной деятельности врача, менеджера, экономиста, хозяйственника, программиста и др.

В итоге вторая предпосылка для создания системно-интеграционной методологической базы определения и оценки потенциалов, релевантных деятельности медицинского учреждения, – это рассмотренные электрические аналоги, смысл которых в том, что они

дают подсказки о понятиях и процессах, на которые следует обратить внимание при решении поставленной в статье задачи.

О методике оценки потенциала

Выше нами предложена нормированная оценка потенциала. Логику такой оценки может пояснить рис.5.

Видно, что экспериментально измеряемое напряжение между клеммами аккумулятора имеет суммарный диапазон ($\Delta U \approx 1,5$ В) и частные диапазоны по ступеням, т.е. состояния устройства доступны для измерения.

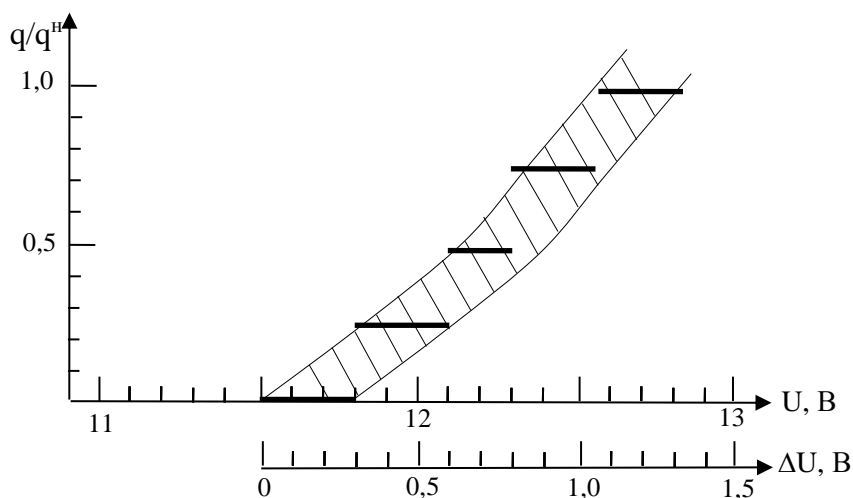


Рис. 5. Известные [22] экспериментальные данные для оценки потенциала аккумулятора (без нагрузки, т.е. сопротивление нагрузки R_n велико, цепь разомкнута), U – напряжение на клеммах по показаниям вольтметра, q и q^n – заряд аккумулятора фактический и нормативный, соответственно

Оценки потенциалов возможны по графику (на глаз визуально), а также по соответствующим продукционным правилам (логически):

$$\begin{aligned}
 & \text{if } R \text{ велико} \ \& \ U \leq (11,5 - 11,8) \text{ В} \text{ then } q/q^n = 0 \text{ else} \\
 & \quad \text{if } 11,8 < U \leq 12,1 \text{ then } q/q^n = 0,25 \text{ else} \\
 & \quad \quad \text{if } 12,1 < U \leq 12,3 \text{ then } q/q^n = 0,50 \text{ else} \\
 & \quad \quad \quad \text{if } 12,3 < U \leq 12,6 \text{ then } q/q^n = 0,75 \text{ else} \\
 & \quad \quad \quad \quad \text{if } 12,6 < U \leq 12,9 \text{ then } q/q^n = 1,00.
 \end{aligned} \tag{11}$$

Эксперимент с нагрузкой (цепь замкнута) дает результаты, которые также могут быть доведены до вывода о пригодности аккумулятора к эксплуатации по правилу:

$$\text{if } R=R_n \ \& \ t \leq 5c \ \& \ U \geq 9\text{В} \text{ then } q/q^n = 1 \text{ else } q/q^n < 1. \tag{12}$$

Аналогична моделям (11) и (12) будет и логика оценки потенциала по экспериментальным данным о состоянии электролита, полученным с помощью ареометра.

При таких замерах норматив (τ^H) может быть любым, в зависимости от ресурсов конкретного источника энергии. Перенося эту логику на медицинское учреждение рассмотрим, в качестве простейшего примера, использование озона как активного агента для проведения дезинфекции (рис. 6).

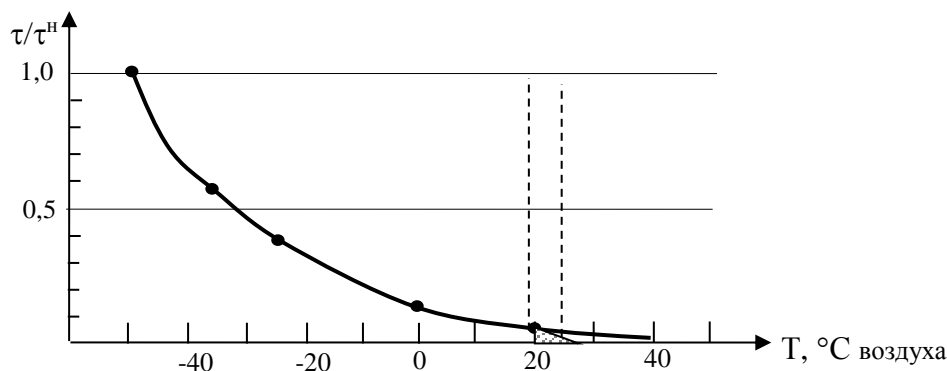


Рис. 6. Нормативные данные [24], взятые для оценки потенциала озона как дезинфицирующего агента; где период полураспада: τ - фактический, τ^H - нормативный (1 месяц в воздухе при $T=-50^\circ\text{C}$)

Продукционное правило (логика расчета и рассуждения) в этом случае:

$$\begin{aligned}
 & \text{if } T=-50^\circ\text{C} \text{ then } \tau/\tau^H = 1 \text{ else} \\
 & \quad \text{if } T=-35^\circ\text{C} \text{ then } \tau/\tau^H = 0,6 \text{ else} \\
 & \quad \quad \text{if } T=-25^\circ\text{C} \text{ then } \tau/\tau^H = 0,3 \text{ else} \\
 & \quad \quad \quad \text{if } T=0^\circ\text{C} \text{ then } \tau/\tau^H = 0,1 \text{ else} \\
 & \quad \quad \quad \quad \text{if } T=20^\circ\text{C} \text{ then } \tau/\tau^H = 0,04 \text{ else} \\
 & \quad \quad \quad \quad \quad \text{if } T=50^\circ\text{C} \text{ then } \tau/\tau^H \rightarrow 0.
 \end{aligned} \tag{13}$$

Так как температура в большинстве помещений медицинского учреждения нормируется от 20 до 18° С °, то при обычных условиях интересует величина потенциала озона, как дезинфекционного агента, в этих заданных параметрах, при которых величина его распада составляет около 1,5 часов [24].

Для определения потенциала важны не только характеристики, взятые по времени, но и характеристики, отвечающие за силу его воздействия, для озона это концентрация действующего вещества, что можно отследить по другой зависимости (рис.7).

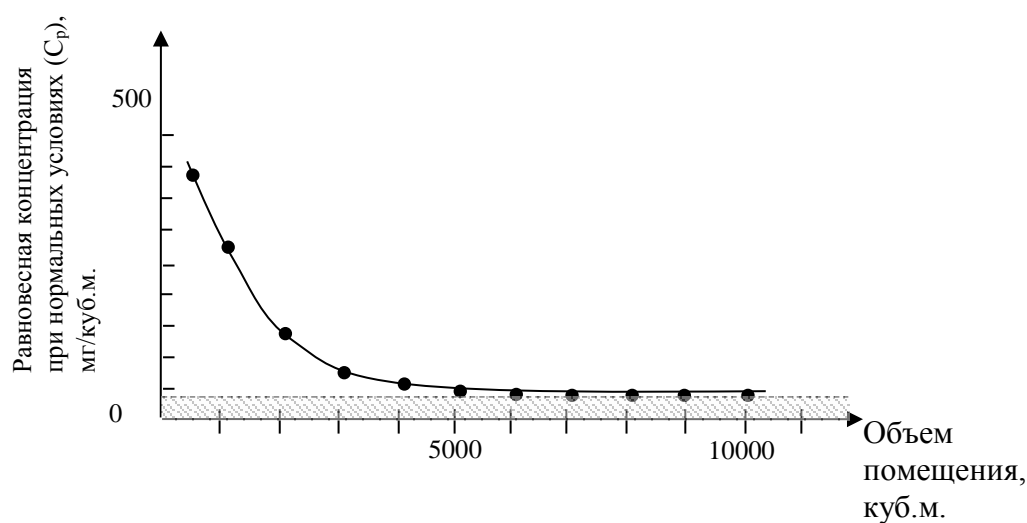


Рис. 7. Нормативные данные [24], взятые для оценки потенциала озона как дезинфицирующего агента по его концентрации в объеме воздуха помещений (при одинаковой производительности прибора-озонатора)

Так как для дезинфекции воздуха достаточно концентрации озона, равной 2-4 мг/м³ в течение 60-100 минут [24], то для этого дезинфекционного агента можно считать такие значения определяющими его потенциал.

Подобные достаточно широко известные и применяемые в медицине знания предлагается использовать совместно с теми, что используются в естественных и технических науках, для создания системы расчетов ресурсно-результативного потенциала медицинского учреждения.

Результаты

1. Поставлена задача создания системно-интегрирующей методологической базы определения и оценки потенциалов, релевантно-пертинентных деятельности медицинского учреждения и его составляющих.
2. Выдвинута гипотеза о том, что для создания искомой методологической базы целесообразно использовать знания, накопленные в области естественных и технических наук.
3. В деятельности медицинского учреждения выделены технологическая, управленческая и системная составляющие, для которых рассмотрены аналогии в виде постулатов, моделей и устройств из физики, в частности, электротехники.
4. Приведены аналогии между потенциалами в электростатике (формулы и принципы функционирования аккумулятора) и потенциалами составляющих медицинского учреждения.

5. Показано, что с помощью нормирования экспериментально измеримых характеристик (откликов) составляющих медицинского учреждения и его деятельности можно оценить их потенциал как визуально, так и логически по производственным правилам.

Вывод

Системно-интеграционную методологическую базу определения и оценки потенциалов, релевантно-пертинентных деятельности медицинского учреждения и его составляющих, целесообразно создать на основе постулатов и моделей естественных и технических дисциплин с учетом специфики социально-организационных объектов, в частности, медицинского учреждения.

Список литературы

1. Егорова С.Е. Инновационный потенциал региона: сущность, содержание, методы оценки / С.Е. Егорова, Н.Г. Кулакова // Вестник Псковского ГУ, серия «Экономические и технические науки», №4, 2014, С. 54-67.
2. Петрович А.В. Оценка производственного потенциала промышленного предприятия, Дисс... канд. техн. наук. СПб, 2002, - 141 с.
3. Терехин В.И. Сравнительный анализ ресурсного и результативного потенциалов регионов ЦФО / В.И. Терехин, Т.Н. Гуль // Социально-экономические явления и процессы, №1, 2010.
4. Пшеничников И.В. Совершенствование инновационного потенциала медицинских учреждений / И.В. Пшеничников, О.С. Полина // Молодой ученый, №11, 2016, С. 918-930.
5. Семина Т.В. Социальное управление кадровым потенциалом в медицинских системах здравоохранения РФ, Дисс.... канд. соц. наук, - М, 2011, - 150 с.
6. Понятие трудового потенциала работника. URL: [1popersonalu.ru/info/trudovoj-potencial-rabotnica.html](http://popersonalu.ru/info/trudovoj-potencial-rabotnica.html)
7. Маслова О.П. Социально-психологическая составляющая трудового потенциала медицинского работника / О.П. Маслова, О.Ю. Калмыкова, М.Б. Хайкин // Изв. Самарского научного центра РАН, №5, 2010, С. 450-454.
8. Хасанова Н.В. Оценка и управление научно-образовательным потенциалом на основе структурных, когнитивных и динамических моделей. Дисс... канд. техн. наук, - Уфа, 2006.
9. Степаненко А.Д. Концептуальная и кортежно-структурная модели реабилитационного потенциала. / А.Д. Степаненко, Д.Г. Степаненко, Т.Я. Ткаченко // Системная интеграция в здравоохранении, №2, 2012, С. 19-24.
10. Яфарова С.Ш. Оценка реабилитационного потенциала детей-инвалидов подросткового возраста на амбулаторно-поликлиническом уровне. Дисс. ... канд. мед. наук, - М., 2009.
11. Маслова Г.С. Мониторинг реабилитационного потенциала в ходе диспансеризации детей с хронической патологией. / Г.С. Маслова, Н.Л.Черная, О.К. Мамонтова, И.В. Иванова // Практическая медицина, №6. 2013, С. 113-118.
12. Васильева Л.П. Подход к оценке реабилитационного потенциала у детей-инвалидов в процессе реализации индивидуальной программы абилитации / Л.П.Васильева, Е.В. Шульга, Т.Н. Бузенкова, А.М. Бокеч // Достижения медицинской науки Белоруссии, 2002.
URL:med.by/dmn/book.php?book=02-9_2
13. Способ определения реабилитационного потенциала инвалида, патент № 2593579, опубл. 20.11.2007, бюл. № 32, Ковалев Д.А., Кубайчук А.Б., Пасечник П.В. и др.
14. Кучерова Е.Н. Ресурсный потенциал
URL:www.kucherova.ru/mater_res1/resursnui_potencial/index.html

15. Тюмина О.В. Алгоритм и модель управления инновационным процессом в медицинском учреждении // *Здравоохранение Российской Федерации*, №3, 2013, С. 21-25.
16. Основы экономики здравоохранения. URL: www.studfiles.ru/preview/4333365
17. Грицук Е.М. Развитие моделей системной компьютеризированной поддержки деятельности эпидемиолога при реинжиниринге медицинского учреждения, Дисс. ... докт. мед. наук, - Екатеринбург: 2016, -69 с.
18. Грицук Е.М. Совершенствование представлений о ресурсно-результативном потенциале медицинского учреждения / Е.М. Грицук, Е.А. Дугина, С.Л. Гольдштейн, С.И. Блохина // *Системная интеграция в здравоохранении*, №2, 2016, С. 39-52.
19. Гольдштейн С.Л. Системная интеграция бизнеса, интеллекта, компьютера, - Екатеринбург: ИД Пироговъ, 2006, - 392 с.
20. Карякин Н.И. Краткий справочник по физике / Н.И. Карякин, К.Н. Быстров, П.С. Киреев, - М: Высшая школа, 1969, - 500 с.
21. Мизгун Ю.Г. Человеческий организм – система электромагнитная / Ю.Г. Мизгун, П.Г. Мизгун // *Космос и здоровье*.
URL: www.ecoteco.ru/library/magazine/zhurnal-14/ekologiya/chelovecheskiy-organizmsistema-elektromagnitnaya/
22. Хрусталева Д.А. Аккумуляторы, - М, Изумруд, 2003, - 224 с.
23. Гольдштейн С.Л. Задача формализованной интерпретации состояний электротехнологических объектов / С.Л. Гольдштейн, А. Эрдэнэбат. Деп ВИНТИ, № 2626-В92, 1992.
24. Методические указания: рекомендации по применению озона. URL: [//ekonow.ru](http://ekonow.ru).

Грицук Елена Михайловна, - д.м.н., врач-эпидемиолог ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. Бардина, 9а, тел: (343)240-42-68 bonum@bonum.info

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРИОДИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Буторин Г.Г.¹, Бенько Л.А.²

¹ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет», Челябинск

²ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», Челябинск,

Методологическая основа изучения дизонтогенеза исходит из известного теоретического положения о единстве закономерностей нормального и аномального развития. Отсюда выделение наиболее диагностически значимых признаков психического дизонтогенеза возможно лишь при условии изучения соответствующих общих характеристик нормального и аномального развития. Концептуальные положения как общего так и психического онтогенеза складывались постепенно по мере накопления научных и эмпирических данных. Установленные общие закономерности количественных и качественных изменений в процессе развития привели к единому мнению о неравномерности, скачкообразности развития, динамика которого наиболее интенсивна на ранних возрастных этапах, о существовании особых циклов, стадий, детского развития, имеющих разные уровни биологического и психологического потенциала. Констатация данного факта стала основанием для создания теории периодизации индивидуального развития, как перехода от одного этапа развития к другому, качественно более высокому.

Ключевые слова: периодизация развития, онтогенез, дизонтогенез.

Interdisciplinary aspects of periodization of mental development in children

¹ Southern-Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk

² Southern-Ural State Medical University, Chelyabinsk

Butorin G.G.¹, Benko L.A.²

The methodological basis of the study of dysontogenesis is coming from well known theoretical positions about the unity of the regularities of normal and abnormal development. Hence the selection of the most diagnostically significant signs of mental dysontogenesis is possible only after the study of the general characteristics of normal and abnormal development. Conceptual positions of the general and mental ontogenesis has evolved over time with the accumulation of scientific and empirical data. The general regularities of quantitative and qualitative changes in the development process led to a common opinion about the irregularity, discontinuity of development, the dynamics of which are most intense at early ages, the existence of particular cycles, stages of child development, at different levels of biological and psychological potential. A statement of this fact became the basis for the creation of the theory of periodization of individual development, as the transition from one stage of development to another, qualitatively higher.

Keywords: periodization of development, the ontogenesis, dysontogenesis.

В последние годы специалисты различных дисциплин детского профиля (врачи, психологи, педагоги, физиологи, социологи и др.) с тревогой отмечают значительное увеличение числа детей с психической патологией, обусловленной многообразными

нарушениями психического развития вследствие расстройств созревания структур и функций головного мозга, т.е. носящие дизонтогенетический характер. При этом известно, что психический дизонтогенез может быть вызван как биологическими (наследственными, экзогенно-органическими и др.) патогенными факторами, так и неблагоприятными воздействиями микросоциально-психологических условий, а также их сочетаниями. Вышесказанное свидетельствует об актуальности проблемы дизонтогенеза как многогранной и полидисциплинарной, имеющей большую социальную значимость.

Методологическая основа изучения дизонтогенеза исходит из известного теоретического положения о единстве закономерностей нормального и аномального развития. Из этого следует, что выделение наиболее типичных и диагностически значимых признаков психического дизонтогенеза становится возможным лишь при условии структурно динамического изучения соответствующих общих характеристик нормального и аномального развития. Теория этапности индивидуального развития, выдвинутая отечественным эмбриологом К.Бером в 1828 г. [1] разрабатывалась в различных областях знаний.

В 1866 году Э.Геккель при формулировании биогенетического закона ввел понятие «онтогенез», отражающий необратимые, направленные, закономерные, индивидуальные изменения организма в течение жизни, повторяющего стадии биологической эволюции (филогенеза). С тех пор содержание этого понятия уточнялось, дополнялось разносторонними исследованиями, что позволило сформулировать общепринятое его толкование. В настоящее время онтогенез рассматривается как совокупность последовательных морфологических, физиологических, биохимических и психических преобразований, претерпеваемых организмом от момента зарождения до конца жизни. Различают пренатальный (до рождения) и постнатальный (после рождения) онтогенез. Составной частью постнатального онтогенеза является психический онтогенез, который коррелирует с понятием онтогенеза высшей нервной деятельности [2; 3; 4].

Концептуальные положения как общего так и психического онтогенеза складывались постепенно по мере накопления научных и эмпирических данных. Установленные общие закономерности количественных и качественных изменений в процессе развития привели к единому мнению о неравномерности, скачкообразности развития, динамика которого наиболее интенсивна на ранних возрастных этапах, о существовании особых циклов, стадий, детского развития, имеющих разные уровни биологического и психологического потенциала. Констатация данного факта стала основанием для создания теории периодизации индивидуального развития, как перехода от одного этапа развития к

другому, качественно более высокому.

Корни зарождения этой теории уходят далеко вглубь прошлого. Первым попыткам научного обоснования идеи о «возрастных стадий детского развития» предшествовало бытовавшее в народе деление человеческой жизни по семилетиям. Три первые из них относились к раннему периоду созревания и имели укоренившиеся названия: детство (от 0 до 7 лет), отрочество (от 7 до 14 лет), юношество (от 14 до 21 года). В периоде детства обособлялись возрасты — новорождённый и грудной («грудной младенец»), а подростком называли ребенка 14–15 лет.

Стремление подкрепить обыденные представления научными доказательствами привели к осознанию необходимости поиска критериев различения отдельных возрастных периодов. Выбор критериев на каждом этапе изучения проблемы определялся как уровнем научных знаний, так и характером методологических установок, отражавших все разнообразие областей знаний, разрешавших эту проблему.

На первых этапах, когда несомненный приоритет принадлежал «биологизаторскому» направлению, подразделение детского возраста опиралось в основном на анатомо-физиологические изменения организма (например, смену зубов или кривую роста тела). Показательны в этом отношении наиболее известные классификации 20-х годов XX века в медицине — Штратца, в педагогике и педологии — П.П.Блонского [5].

Несколько позже тот же П.П. Блонский, участвуя в дискуссии, развернувшейся в педологии по поводу возрастной периодизации детства, заявлял, что «характеристика каждой возрастной стадии должна быть комплексной: не один какой-либо признак, но своеобразная связь многих признаков характеризует тот или иной возраст». Эти «многие признаки», среди которых автор выделяет рост, конституцию и поведение составляют, по его мнению, сложные «возрастные симптомокомплексы различных эпох, фаз и стадий детского возраста в их временной последовательности и в их зависимости от различных условий». Следуя данному положению еще один известный ученый М.Я.Басов уточняет, что возрастные симптомокомплексы обуславливаются изменениями в конституции и поведении ребенка, которые связаны с количественным ростом всех организменных систем [6]. Оценка симптомокомплексов – это научный синтез существенных результатов отдельных дисциплин: анатомии, физиологии и психологии детского возраста. Эта теория П.П. Блонского о «возрастных симптомокомплексах», раскритикованная вместе с самой наукой педологией, несмотря на ее незавершенность, отражала важнейшие звенья стадияльного развития. Она внесла определенный вклад в общую концепцию возрастной периодизации и была достаточно прогрессивна для своего времени. Вообще, надо заметить, что идея об

онтогенетических возрастных симптомокомплексах оказалась созвучной современным положениям детской патопсихологии, детской психиатрии и дефектологии (коррекционной педагогики и коррекционной психологии) и отражалась в понятиях «возраст-зависимых» синдромов при патологических состояниях. В частности, существует определенная возрастная последовательность возникновения синдромов при психических заболеваниях, преимущественно для разных этапов детского и подросткового возраста. Эти синдромы отражают не столько нозологическую природу этих заболеваний, сколько уровень нервно-психического реагирования, характерный для данного возрастного периода. Наиболее полно типология этих синдромов представлена в работах В.В.Ковалева и его школы.

Так сложилось, что многие фундаментальные работы, раскрывающие закономерности возрастного развития в детстве, его периодизацию, сосредотачивались главным образом в медицине (в педиатрии, детской физиологии, гигиене, психиатрии), педагогике и психологии (сравнительной, возрастной, коррекционной). При этом, каждая дисциплина использовала свои критерии, многие из которых неизбежно оказывались недостаточными, неспособными дать полную характеристику этому сложному процессу. Нередко субъективизм и односторонность избранных критериев раскрывали лишь отдельные стороны изучаемой проблемы. Несмотря на узость подходов все исследования, как представляется, имели определенную ценность, так как дополняли и уточняли показатели отдельных этапов развития, позволяя получить наиболее полную их характеристику.

Многообразие подходов, избранных критериев и их акценты при выборе изучаемого показателя, привели к созданию многочисленных классификаций по разному объясняющих стадийность психического и общего онтогенеза. Среди них отчетливо выделяются работы в двух направлениях: медико-биологическом и психолого-педагогическом.

Основу медико-биологического направления составляют работы в таких областях как педиатрия, детские разделы физиологии, гигиены, неврологии, психиатрии. Используемые критерии возрастной периодизации опираются не только на показатели морфологического и функционального развития отдельных тканей, органов и организма в целом, но и на условия природные (генетические). При этом, клинические дисциплины в подразделении периодов стремятся отразить как норму (онтогенез), так и патологию (дизонтогенез) с характерными для каждого этапа проявлениями.

В медицинских дисциплинах детского профиля, которые определяются как «медицина периода роста, формирования и развития человеческого организма» или «медицина детства» основное место занимает педиатрия. Возраст и возрастная периодизация в педиатрии всегда воплощала данные физиологии, антропологии, гигиены, психологии и

педагогике. Возрастные границы детства длительное время больше определялись организационными принципами здравоохранения и устанавливались от 0 до 14 лет, а между детской и взрослой службами выделялась подростковая (от 15 до 18 лет). Тем самым искусственно разрывался сложный, ответственный период физического, полового и социального созревания, границы которого решением Комитета Экспертов ВОЗ определены от 10 до 20 лет с выделением двух подпериодов: собственно пубертатного (преимущественно половое созревание от 10 до 15 лет) и социального созревания (от 16 до 20 лет). Внесенные в настоящее время законодательные поправки, учитывающие позицию международной «Конвенции о правах ребенка» (ратифицированной Россией) признали единство всех этапов в рамках детства до 18 лет, указывая при этом на целесообразность выделения собственно детского и подросткового возраста. Этим в частности объясняется тот факт, что многие ранние классификации педиатрического профиля ограничивались возрастом 14-15 лет.

Основой педиатрических классификаций стала проверенная временем и практикой первая научно обоснованная периодизация Н.П. Гундобина [7]. Их сравнение показывает, что границы возрастных этапов практически совпадают и отличаются друг от друга лишь деталями. В основе всех подразделений лежит комплексная оценка морфологических (антропометрических, соматологических), физиологических и психологических характеристик развития, которые позволяют на каждом этапе выделить группы и факторы риска, лежащие в основе как нарушений общего и психического онтогенеза (дизонтогенеза), так и сопряженные с опасностью заболевания [8]. При этом, опираясь на биологические константы развития, классификации этого направления отводят должную роль средовым факторам, которые могут оказывать серьезное влияние на развитие на разных этапах, начиная от модификации генетической программы, до способности социально-продуктивной жизни в обществе. В этом контексте педиатрические дисциплины в своих подходах исходят из обобщенного понятия «общей экологии детства».

Взгляд на стадильность возрастного развития в педагогике и возрастной психологии отражены в классификациях другого направления – психолого-педагогического, объединяющие данные сравнительной, детской и педагогической психологии, достаточно полно отраженные в работах ведущих отечественных и зарубежных психологов. Важно отметить, что различия в названиях, содержании и временных границах возрастных периодов у различных авторов определялись не принципиальными расхождениями во взглядах на подходы к стадильности, а были продиктованы представлениями о наиболее важных, существенных, по их мнению, сторонах онтогенеза [9].

Наиболее влиятельным учением о закономерностях возрастного развития стал взгляд Л.С. Выготского [10], по мнению которого все многообразие вариантов периодизации было обусловлено учетом как первичного одного из трех критериев. Первая группа основывалась на внешнем, но связанном с процессом развития критерии. В данную группу можно отнести те периодизации, которые составили так называемое «биологизаторское» направление, основным тезисом которого является представление Э.Геккеля о том, что онтогенез в кратком и сжатом виде повторяет филогенез [11]. Другими словами индивидуальное развитие ребенка повторяет основные периоды биологической эволюции человека. Так, В.Штерн все этапы развития ребенка соотносил с процессом эволюции от стадии млекопитающего (в первые месяцы жизни) до уровня культуры Нового времени (в зрелости). В периодизации Рене Заззо этапы детства совпадают со ступенями системы воспитания и обучения детей, которые в свою очередь отражают переломные моменты психофизического развития детей [12]. Жан Пиаже связал стадии онтогенеза с этапами интеллектуального развития личности ребенка. Все остальные психические функции (восприятие, внимание, память, воображение) Пиаже также рассматривал в их отношении к интеллекту. Поэтому стадии интеллектуального развития, намеченные автором, можно трактовать как стадии психического развития в целом, поскольку развитие всех психических функций на этих этапах подчинено интеллекту и определяется им.

Другая группа авторов в качестве ключевого рассматривала не внешний, а внутренний критерий, когда развитие и изменение одного качества определяло этапы общего онтогенеза. Так, П.П. Блонский выделял развитие и изменение костной ткани, что определяло стадии развития ребенка. У З. Фрейда основным показателем развития личности было сексуальное развитие, которое и послужило критерием возрастной периодизации во всем психодинамическом направлении психологии [13]. Э. Эриксон связал стадии онтогенеза с этапами становления «главного ядерного образования» - идентичности личности, что, по мнению Э. Эриксона, является характеристикой довольно зрелой личности. Для ее достижения ребенок должен пройти ряд идентификаций, что и определяет стадии его развития [1].

В третьей группе, которая в современной психолого-педагогической науке считается наиболее прогрессивной, периоды психического развития выделяются на основе существенных особенностей этого развития. Основу данного направления заложил Л.С. Выготский, связав этапность развития с взаимодействием ребенка с социальной средой. Определенная специфичность этого взаимодействия, характерная для каждой стадии, отражает «социальную ситуацию развития», продуктом которой являются «возрастные

новообразования» в виде новых свойств и качеств формирующейся личности. Если Л.С. Выготский заложил принципы подхода к периодизации детства, то Д.Б.Эльконин достаточно полно конкретизировал его позицию, сформулировав закон периодичности, который указывает на то, что «к каждой точке своего развития ребенок подходит с известным расхождением между тем, что он усвоил из системы отношений человек-человек и человек-предмет. Как раз моменты, когда расхождение принимает наибольшую величину, и называют кризисами, после которых идет развитие той стороны, которая отставала в предшествующий период. Но каждая сторона подготавливает развитие другой». Придерживаясь указанных, принципов А.Н.Леонтьев добавляет еще один, в основе которого лежит утверждение, что каждый период детства характеризуется специфической для него ведущей деятельностью, что и определяет жестко фиксированную этапность развития ребенка.

Однако, анализируя содержательную сторону указанных направлений можно предположить, что широко распространенное мнение о принципиальном различии, или даже непримиримости данных концепций сильно преувеличено и объясняется в значительной мере традиционным их пониманием. На самом деле, мы имеем дело с выделением различных аспектов проблемы (в зависимости от области знаний, а значит и выставляемых рамок), что позволяет охватить различные области исследования. Более того, вопрос о приоритете какого-либо направления или концепции перед другими в данном контексте может выглядеть не совсем корректно, так как различные подходы не столько противоречат или конкурируют друг с другом, сколько гармонично дополняют одна другую. Вероятно, более своевременным и адекватным будет постановка проблемы унификации терминологического пространства тех дисциплин и областей знаний, где обсуждается данный вопрос.

Список литературы

1. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. Изд. 2-е. — М.: Медицина, 1995. — 560 с.
2. Бенько Л.А. Соматические и психосоматические расстройства у детей, страдающих психической патологией. / Бенько Л.А., Буторин Г.Г., Буторина Н.Е. - Актуальные проблемы психиатрии и неврологии: Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции с международным участием. - 2007. - С. 60.
3. Буторин Г.Г., Буторина Н.Е. Проблема онтогенеза и дизонтогенеза в контексте периодизации возрастного развития.//Академический журнал Западной Сибири. - 2011. - № 3. - С. 38.
4. Буторин Г.Г. Возрастная периодизация онтогенетического развития: психологические и медицинские аспекты. /Г. Г. Буторин, Н. Е. Буторина, А. Х. Мингазов. - Челябинск, 2011. – С. 27.
5. Басов М.Я. Избранные психологические произведения. — М.: Педагогика, 1975. – С.85.
6. Блонский П.П. Педология. — М., Учпедгиз, 1934. – С.57.
7. Гундобин Н. П. Особенности детского возраста – С.Пб.,1906 год. - 464 с.
8. Бенько Л.А. Клиническая нейропсихология в детском возрасте. - Челябинск, 2011. – С.38.

9. Валлон А. Психическое развитие ребенка. — М.: Просвещение, 1967. — 195 с.
10. Выготский Л.С. Проблема возрастной периодизации детского развития // Вопросы психологии. — 1972. — № 2. — С.37-42.
11. Геккель Э. Борьба за эволюционную идею. - Санкт-Петербург, Екатеринбургское Печатное Дело. 1909г. – С. 41.
12. Заззо Р. Стадии психического развития ребенка. – М.: 1968. – С.14-18
13. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе: Сб. статей. — М.: Гос. изд., 1923. — 206 с.

Буторин Геннадий Геннадьевич – д.пс.н., профессор кафедры теоретической и прикладной психологии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет», тел.: 7 (351) 216-56-01; e-mail: g1966@mail.ru

«ШКОЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ» И «ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЗАПУЩЕННОСТЬ»: ВЗГЛЯД С ПОЗИЦИЙ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ

Буторин Г.Г.¹, Бенько Л.А.², Шумакова О.А.²

¹ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет», Челябинск

²ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», Челябинск

Как свидетельствует анализ специальной литературы большинство работ по проблеме социально-психологической адаптации в школе проводится в рамках социологических и педагогических исследований. К формальным критериям школьной адаптации детей принято относить успешность обучения и дисциплинированность. При этом в группу дезадаптированных включают не только детей, которые не соответствуют критериям нормы, но и испытывающих затруднения в общении со сверстниками или учителями, то есть с нарушением социальных контактов. Специалистами в области детского психического здоровья нарушения адаптации рассматриваются в рамках сборной неклинической группы обозначается как «педагогическая запущенность». Несмотря на широту использования данного понятия представляется неправомерным рассматривать его как диагностическую категорию. Он не характеризует какого-либо болезненного регистра и не может быть включен в рамки определённого психического состояния. Содержательная аморфность, отсутствие чётких критериев, размытость границ употребления позволяет рассматривать «запущенность» не более как оценочное понятие для определения тех нарушений в развитии ребёнка, которые не укладываются в уже существующие классификации. Установлено, что процесс дезадаптации имеет прямую связь с депривационными условиями микросреды. Эти условия отчётливо проявлялись в автономном типе психического дизонтогенеза и адекватнее всего отражались в термине «депривационное развитие».

Ключевые слова: адаптация, дезадаптация, депривация, депривационное развитие.

School disadaptation and "educational neglect": a view from polyprofessional positions

¹Southern-Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk

²Southern-Ural State Medical University, Chelyabinsk

Butorin G. G. ¹, Benko L. A. ², Shumakova O.A. ²

The analysis of the special literature evidenced that the most of the works on the problem of socio-psychological adaptation in the school is carried out within the framework of sociological and pedagogical research. To the formal criteria of school adaptation of children are used to be the success of training and discipline. At the same time the maladjusted group include not only children who do not meet the criteria of a norm but experience difficulties in communication with peers or teachers, that is, violation of social contacts. New requirements, often beyond the capabilities of the child, change the state of the emotional sphere, causing a nonspecific stress response of the body. Experts in the field of children's mental health adjustment disorders are considered in the framework team non-clinical group referred to as "educational neglect". Despite the widespread use of this concept, it might be inappropriate to consider it as a diagnostic

category. It does not characterize any painful case, and may not be included in the framework of a certain mental state. Substantial amorphousness, and the absence of clear criteria, blurring the boundaries of use allows us to consider "neglect" as an estimated term to identify those violations in a child's development that do not fit into existing classification. It is established that the process of exclusion has a direct relationship with deprivation conditions in the microenvironment. As studies have shown, these conditions were clearly seen in the autonomous type of mental dysontogenesis and adequately reflected in the term "deprivation development".

Keywords: adaptation, maladjustment, deprivation, deprivation development.

"Люди, поверьте мне, не рождаются, а формируются..."

Эразм Роттердамский

Введение

Согласно утвердившемуся мнению в педагогической, психологической и психиатрической науке и практике, нарушение школьной адаптации может возникать у детей с потенциально сохранными интеллектуальными способностями, но с проявлениями нарушения психологического развития, обусловленными воздействиями неблагоприятных условий микросоциальной среды. Специалистами в области детского психического здоровья эти нарушения рассматриваются в рамках сборной неклинической группы и имеют сходные по содержанию обозначения: «педагогическая запущенность» [1], «семейно-педагогическая запущенность» [2; 3], «микросоциально-педагогическая запущенность» [4; 5; 6]. В немецкоязычной литературе она обозначается как просто «запущенность» [7; 8]. Англо-американские авторы нередко используют обобщающий термин «дети с нарушением личностного развития» [9; 10]. Тем не менее, данную группу интеллектуальной недостаточности с проявлениями социальной дезадаптации, детские психиатры не склонны рассматривать как форму клинической патологии, а лишь как проявление незрелости личности. В понимании большинства из них, к микросоциально-педагогической запущенности могут привести разные факторы, однако среди них главное место отводится неблагоприятным условиям семьи [11-14].

Несмотря на широту использования данного понятия в различных дисциплинах, все же представляется неправомерным рассматривать термин «социально-педагогическая запущенность» как диагностическую категорию. Он не может быть принят ни в дифференциальной психодиагностике в силу того, что не характеризует какого-либо болезненного регистра и, проявляясь автономно, не является основанием для постановки диагноза, ни в диагностике личности, так как не может быть включен в рамки определённого психического состояния. Содержательная аморфность, отсутствие чётких критериев, размытость границ употребления позволяет рассматривать «запущенность» не более как оценочное понятие для определения тех нарушений в развитии ребёнка, которые

не укладываются в уже существующие классификации. Анализируя различные подходы к трактовке этого понятия, становится очевидным, что каждый автор наполнял его внутренним содержанием той области науки, в рамках которой оно им рассматривалось.

Актуальное содержание понятия «педагогической запущенности». Изначально, в педагогических дисциплинах понятие «запущенность» отражало два аспекта: аспект «трудновоспитуемости» и аспект академической неуспеваемости. Данный вид запущенности, по мнению авторов, обусловлен, прежде всего, недостатками воспитательно-образовательного процесса, отсюда возникает проблема формирования ребенка как субъекта учебно-познавательной, игровой и других видов деятельности. Как правило, она проявляется в трудностях обучения и воспитания, что собственно и составляет основное содержание феномена педагогической запущенности.

Представители психологических дисциплин [15-17] при обсуждении вопросов «запущенности» в большей степени адресуются к различным формам задержек психического развития. Так, А.И. Невский [3] указывал на явления эмоционально-волевой дисгармоничности, психофизического инфантилизма и других отклонений в здоровье и психическом развитии. В.С. Кулаков [18] также выявил у педагогически запущенных детей нарушение темпа созревания, причем наиболее характерным для них, по его словам, было именно ретардированное развитие.

Свое видение данной проблемы существует и в психиатрии. В.Я. Гиндикин и В.А. Гурьева [1] обобщая психопатологические трактовки, приходят к выводу, что семейная и педагогическая запущенность есть суть генез акцентуированной личности с поведенческими расстройствами в детском и подростковом возрасте, которые, однако, не достигают клинических проявлений. Изучение педагогической запущенности, по мнению авторов, является важным еще и потому, что это явление наблюдается в детском и подростковом возрасте, то есть именно в тот период, когда происходит формирование патологического характера и личности. В таких случаях в первую очередь возникает задача дифференцирования этих состояний с психопатиями, то есть с патологическим формированием характера и самого ядра личности. Другими словами «запущенность», выступает как некая предболезненная (донозологическая) категория, или группа риска по какому-либо психическому заболеванию. Справедливости ради, следует отметить, что с введением в практику в 1994 году МКБ-10 содержание данного понятия стало растворяться в рубриках «Нарушение психологического развития» и «Расстройства адаптации и приспособления».

Исходя из неопределенности и отсутствия диагностической специфичности, некоторые исследователи предприняли попытку различать «семейную», «педагогическую» и «социальную (социально-педагогическую) запущенность» как самостоятельные варианты. Так, по мнению Б.Н. Алмазова, понятие «семейная запущенность» охватывает широкий спектр возможных вариантов межличностного взаимодействия детей и родителей и включает в себя неоптимальную обстановку внутрисемейных отношений и неверный подход к воспитанию детей в собственном смысле этого слова. Это предрасполагает к усвоению нежелательных навыков и привычек, а также является причиной к появлению проблем в адаптации и компенсаторных способах реагирования. Самым эффективным компенсатором дефектов семейного воспитания, считает автор, является школьный коллектив. В тех же случаях, когда учебное заведение оказывается не в состоянии исправить недостатки семейного воспитания, речь идёт уже о проявлениях «педагогической запущенности».

При педагогической запущенности уровень невоспитанности ребенка выступает как несформированность ведущих социальных качеств личности, которые в норме должны быть актуализированы на соответствующем возрастном этапе. Отсюда, недостаточно развитая эмоционально-волевая сфера ребенка не позволяет ему в ситуации школьного обучения адекватно воспринимать, оценивать и реагировать на многие педагогические воздействия [19]. Вследствие этого такие дети достаточно быстро попадают в категорию хронически отстающих по целому ряду предметов, интенсивно сопротивляются педагогическим воздействиям, а в их поведении нарастают различные асоциальные проявления.

С другой стороны, педагогическая запущенность может быть не только следствием, но и причиной трудновоспитуемости, усиливающим ее и проводящим к следующему этапу нарушенного развития — социальной запущенности. Так, по мнению Р.В.Овчаровой социально запущенные дети и подростки не демонстрируют выраженной профессиональной направленности полезных навыков и умений. Кроме того, у них резко сужена и сфера социальных интересов. При этом в силу того, что они постепенно отчуждаются и теряют контакт с семьей и школой, то основное влияние на их формирование и социальное развитие начинают оказывать асоциальные группы сверстников. Таким образом, социальная запущенность противоположна воспитанности как определённого уровню развития социально значимых свойств и качеств личности, становясь тем самым основой трудновоспитуемости и социальной дезадаптации ребёнка [20].

Следует признать, что наиболее интегрированное определение было сформулировано известным детским психиатром В.В. Ковалёвым. Введенный им термин «микросоциально-педагогическая запущенность», на наш взгляд, отражает все патогенные воздействия, которые испытывает ребенок, как в семье, так и школе. В этих случаях речь идет о длительно существующих, нередко с раннего детства, неблагоприятных условиях окружения и воспитания. Большей частью это связано с безнадзорностью, дефицитом информации и полноценных отношений со значимыми для ребёнка взрослыми, что ведет к нарушению психологического развития и социальной дезадаптации. Несмотря на несомненные преимущества, даже в таком виде это определение нельзя признать полностью удовлетворительным, так как его содержание все же не раскрывает в достаточной мере ни причинной, ни структурной, ни динамической стороны понятия.

Первая попытка вложить в это понятие определенное диагностическое содержание была предпринята нами еще в 1998 г. [11], когда при исследовании значительной группы детей, с признаками школьной дезадаптации, воспитывавшихся в дисфункциональных семьях, было установлено, что процесс дезадаптации имел прямую связь с депривационными условиями микросреды.

Проведенные лонгитюдные полипрофессиональные исследования показали, что содержание психологического здоровья семьи определяется целым комплексом факторов, действующих одновременно и в тесной взаимосвязи, обуславливая друг друга. Так, оказалось что от социального, биологического, психологического и т.д. благополучия всей семьи будет зависеть и психологическое здоровье ребенка как части этой системы.

Более того, было доказано, что различные условия депривации, способны усиливать другие психогенные факторы микросоциальной среды и существенно менять баланс биологического и социального в психическом созревании. Такие изменения отчетливо проявляются в автономном типе психического дизонтогенеза и адекватнее всего отражаются в термине "депривационный дизонтогенез". Согласно полученным данным, отличаясь этиопатогенетическими и динамическими механизмами, такое нарушение психологического развития представляет собой совершенно самостоятельный вариант дизонтогенеза депривационный. Можно с уверенностью утверждать, что депривационный дизонтогенез является прямым следствием психогенной атмосферы в семье и патогенных приемов воспитания. Основу данного дизонтогенеза составляет задержка созревания высших социальных компонентов личности: мировоззрения, мотивационной направленности (то есть системы потребностей, интересов, идеалов) и ослабленно морально-нравственных установок, при этом когнитивный дефект сводится к недостатку

объема знаний, представлений, несформированности интеллектуальных и эстетических интересов, слабостью гностических и этических эмоций, сочетающихся с нормальным уровнем интеллектуального развития (IQ 90-109). Специфичность динамических характеристик заключается в непрогредиентности психических нарушений, их склонности к компенсации и декомпенсации, а также полной репарации нарушенных функций.

Заключение

Установленные этиопатогенетические и клинико-динамические признаки депривационного дизонтогенеза убедительно доказывают существование автономного варианта психического дизонтогенеза, который может быть обозначен как "депривационное развитие" и, как представляется, может дополнить принятую за основу классификацию. Одной из моделей депривационного развития, как убедительно показали исследования, является "семейно-педагогическая запущенность", закономерности формирования которой, их этиопатогенетические и динамические характеристики, а также фенотипические особенности и способы социально-психологической защиты, отраженные в дезадаптационных реакциях, сформулированы в настоящей работе.

Кроме того, практический опыт и данные научной литературы позволяют считать, что в этот вариант с полным основанием может быть введена своеобразная модель депривационного развития детей-сирот. Опыт работы с этой группой свидетельствует о том, что от рассмотрения этой группы детей исключительно с позиций ЗПР не соответствует действительности, а сам вопрос нуждается во всестороннем изучении. Еще одной моделью включенной в данный вариант, могут быть дети из семей беженцев и переселенцев. Исследования в этом направлении только начинаются, но логично полагать, что именно эти дети попадают в сложную констелляцию психической депривации.

Таким образом, давно назревшая потребность психолого-педагогической науки и практики в эффективных путях преодоления школьной дезадаптации и низкого качества обучения в значительной мере может быть удовлетворена, если весь комплекс задач будет решаться в контексте коррекции определенного типа нарушения психологического развития — депривационного развития.

Список литературы

1. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Социальное сиротство — причина и результат психической аномальности, девиаций личности и поведения // Сироты России: проблемы, надежды, будущее. — М., 1994. — С.53–54.
2. Голик А.Н. Введение в педагогическую психиатрию: Учебное пособие. — М.: Издательство УРАО, 2000. — 104 с.

3. Невский И.А. Предупреждение и преодоление педагогической запущенности школьников. — М., 1982. — 53 с.
4. Андреев В.И. Педагогика творческого саморазвития. — Изд-во Казанского ун-та, 1996. — 568 с.
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1979. — 608 с.
6. Степанов В.Г. Психология трудных школьников: Учебное пособие. — М.: Изд. центр «Академия», 1997. — 320 с.
7. Benda C. Die Oligophrenien. In: Psychiatrie der Gegenwart. — Bd. II. Berlin-Heidelberg, 1960. — S.94.
8. Nissen G. Psychopathologie des Kindersalters. — Darmstadt 1977. — P.211.
9. Hammer S.L. School under achievement in the adolescents. — Pediatrics, 2007, № 40. — S.97.
10. Rutter M. Clinical implications of attachment. Concepts: Retrospect and prospect //Journal of Child Psychology and Psychiatry, N36, 1995. — P. 549–571.
11. Буторин Г.Г. Нарушение школьной адаптации у учащихся начальных классов с депривационным дизонтогенезом: дисс. канд. пед. наук. — Екатеринбург, 1998. — 169 с.
12. Гонеев А.Д., Лифинцева И.И., Ялпаева Н.В. Основы коррекционной педагогики: Учебное пособие. — М.: Изд. центр «Академия», 1999. — 280 с.
13. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста: В 2 т. Т. 1. — М.: Медгиз, 1955. — 458 с.
14. Шумакова О.А. Субъекты профессионального взаимодействия с родителями в образовании / О.А. Шумакова // Научное мнение. - 2011. - №1. - С. 143-146.
15. Алмазов Б.Н. Психическая средовая дезадаптация несовершеннолетних. — Свердловск: Изд-во Урал. ун-та, 1986. — 151 с.
16. Аксенова Л.И., Архипова Б.А., Белякова Л.И. и др. Специальная педагогика: Учебное пособие. — М.: Изд. центр «Академия», 2000. — 400 с.
17. Лебединская К.С. К проблеме этиологической и патогенетической классификации задержки психического развития // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1982. — Вып.3. — С. 44–47.
18. Кулаков В.С. Судебно-психиатрическая экспертиза. — М., 1976. —С. 51–59.
19. Бенько Л.А. Органическое астеническое расстройство в структуре резидуально-органического психосиндрома в детском возрасте // автореф. дисс...канд.мед.наук. — Оренбург, 2004. — 18 с.
20. Овчарова Р.В. Практическая психология в начальной школе. — М.: ТЦ «Сфера», 1996. — 240 с.

Буторин Геннадий Геннадьевич – д.пс.н., профессор кафедры теоретической и прикладной психологии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет», тел.: 7 (351) 216-56-01; g1966@mail.ru

РАЗВИТИЕ ЛИЧНОЙ КУЛЬТУРЫ СТУДЕНТОВ В КОНТЕКСТНОМ ОБУЧЕНИИ

Жукова Н.В.

*ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России», Екатеринбург*

Развитие личной культуры студента, обусловлено внешним и внутренним контекстом. Внутренний кросскультурный контекст, который проявляется в пространственно-временном контексте развития личности студента на определенном уровне развития личной культуры: этнической идентичности, социокультурной компетентности, духовности, гражданской идентичности, интеллигентности.

Ключевые слова: личная культура, внутренний кросскультурный контекст, рефлексия, антиципация, рекурсия.

Personal development of culture of students in contextual learning

Urals State Medical University

Zhukova N.V.

The development of the personal culture of students, due to the internal and external context. Internal cross-cultural context that is manifested in the spatio-temporal context of the student's personality at a certain level of personal culture: ethnic identity, socio-cultural competence, spirituality, civic identity, intelligence.

Keywords: personal culture, internal cross-cultural context, reflection, anticipation, recursion

Под личной общей культурой человека мы понимаем непрерывно изменяющиеся, находящиеся в развитии интеллектуальные, моральные и нравственно-этические (духовные) образцы поведения и деятельности человека, которым он следует в своем бытии [1].

Личная культура человека, обусловленная влиянием внутреннего кросскультурного контекста, может быть проявлена на следующих уровнях, генетически сменяющих друг друга: уровень этнической идентичности; социокультурной компетентности; духовности личности (или нравственной идентичности), гражданской (правовой) идентичности, интеллигентности.

Таким образом, в своей концепции становления личной культуры субъекта мы исходим из развития внутреннего кросскультурного контекста на основе способности субъекта антиципировать и рефлексировать на основе своих знаний и жизненного опыта.

Внутренний кросскультурный контекст рассматривается как сложившийся на данный момент у человека образ мира, мироощущение как результат взаимодействия и

взаимовлияния внешних контекстов в процессе познания, взаимодействия и взаимовлияния разных культур (общечеловеческой, этнической, национальной, коммуникативной, профессиональной, информационной и т.п.), определяющий для него значение и смысл восприятия, понимания и преобразования конкретной ситуации.

Процесс формирования сложившегося на данный момент в психике человека «образа мира» как результата взаимодействия и взаимовлияния разных культур, мы считаем, находится в зависимости от мышления субъекта познания. Мышление мы рассматриваем как фактор формирования и развития «образа мира» человека, который обусловлен регуляцией единства процессов антиципации и рефлексии [2] и создает систему условий для взаимосвязи между внешним социокультурным контекстом как коллективным интеллектом (Ю. Лотман) и формированием его личной культуры как результата проявления индивидуального интеллекта.

В своей книге «Рекурсивное мышление» Майкл Корбаллис [3] выдвигает главную идею о том, что рекурсия рождает мысль, делая ее возможной для передачи в форме языковых средств. Хомски (N.Chomsky), утверждает что, - «человеческая мысль – продуцируется посредством «операции слияния» программируемых единиц (Merge operation - математический термин), применимой несколько раз, то есть более мелкие единицы составляют более крупные элементы языка программирования, которые могут также увеличиваться до бесконечности. Эта операция лежит в основе построения языковой структуры человеческой коммуникации.

Данный алгоритм функционирования мозга может продуцировать цепи элементов, будь они словами или мыслями, и также применяя алгоритм рекурсии, продуцировать иерархические конструкции мыслительной деятельности, которые даже окончательно могут и не воспроизводиться. И, хотя рекурсия конечна в практическом языковом поле, на самом деле, мы можем усложнять собственные мысли до необходимой глубины изъяснения, согласно идее Н.Хомски о «дискретности бесконечности»-"discrete infinity", ранее нашедшей отражение в знаменитой фразе Вильгельма Гумбольдта (Wilhelm Humboldt, 1767-1835) "the infinity use of finite means" – «бесконечное использование конечных средств» [4].

Главная интегральная характеристика процесса рекурсии состоит в ее способности усложняться обуславливая возможности оперативной памяти как способности удерживать одновременно несколько смысловых единиц анализа и проектирования целеполагания дальнейших действий в виде единого механизма рефлексии-антиципации. Так, вспоминая эпизоды жизни из прошлого, например, мы фактически помещаем обстоятельства

прошлого в поле нашего сознания как «настоящее», или, например, во взаимодействии с другими людьми мы можем помещать в собственное поле сознания мысли других людей.

Таким образом, механизм рекурсии позволяет более глубоко изучить мыслительную деятельность человека в понимании формирования его смысловых конструктов, определяющих ценностно-смысловые взаимоотношения с другими людьми и окружающим миром.

В поиске общего и различного в понимании данных детерминант функционирования психики человека найдена общая идея рассмотрения мыслительной деятельности только в контексте прошлого настоящего и будущего, как главного условия механизмов ее функционирования и обуславливающего смысл для самого человека, и обуславливающего уникальность функционирования его психики в целом.

В 2016-2017 годы под нашим руководством студенткой выпускного курса Викторией Громадской было проведено эмпирическое исследование, целью которого было изучение личной культуры студентов на основе внутреннего кросскультурного контекста.

Для проведения исследования были использованы следующие методики:

1. Ко-терапевтическая компьютерная система «Келли-98»;
2. Опросник «Уровень субъективного контроля» Дж. Роттера;
3. Опросник рефлексивности А.В. Карпова.

В исследовании приняли участие 36 респондентов, обучающихся по гуманитарным специальностям. Возраст испытуемых от 18 до 51 года, средний возраст составил 22 года.

В результате анализа результатов при использовании программы Statistica v 6.0. на первом этапе было выявлено, что респонденты обладают высоким уровнем субъективного контроля над эмоционально значимыми событиями в жизни, могут брать на себя ответственность за события, происходящие в их семейной жизни и в других межличностных взаимодействиях, но в учебной деятельности преобладает экстернальный тип контроля, при котором респонденты чаще в анализе своих действий обращены к внешним критериям и связывают причины своих результатов деятельности с товарищами по учебной группе, преподавательским составом, с везением-невезением (таблица 1). Вместе с тем, выборка обладает средним уровнем рефлексивности (таблица 2).

Таблица 1
Результаты описательной статистике по методике «Уровень субъективного контроля»

Названия шкал	Среднее	Медиана	Станд. откл.
---------------	---------	---------	--------------

Общая интернальность	5,19	5,00	1,85
Интернальность в области достижений	6,39	7,00	1,71
Интернальность в области неудач	5,11	5,00	2,04
Интернальность в семейных отношениях	6,11	6,00	1,82
Интернальность в области производственных отношений	4,69	4,50	1,53
Интернальность в области межличностных отношений	6,03	6,00	1,40
Интернальность в отношении здоровья и болезни	5,86	6,00	1,66

Таблица 2
Результаты описательной статистике по шкале методики «Опросник рефлексивности»

Название шкалы	Среднее	Медиана	Станд. откл.
Уровень рефлексивности	4,58	5,00	2,06

Развитие личной культуры студентов в контексте профессионального обучения предполагает возможность проявления его внутреннего контекста на одном из уровней личной культуры. Анализ концепций «Я-реальное» (рисунок 1) и «Я-идеальное» (рисунок 2) выявил направление развития личной культуры студентов данной выборки от преобладания первого уровня – этнической идентичности к увеличению второго уровня – социальной и культурной компетентности и третьего уровня – духовности личности.

Эти рекурсивные изменения, обуславливаются системой смысловых конструктов, которые определяют систему отношений студента с Миром, его восприятие себя и других на основе механизма мышления «единство антиципации и рефлексии». Система представлений испытуемого, влияющих на жизнь и на взаимоотношения с людьми, может быть отнесена к нормальному, жесткому или рыхлому типу (рисунок 3). К нормальному типу относится система представлений испытуемого, которая может быть охарактеризована как достаточно целостная и гибкая. У человека есть собственный взгляд на человеческие взаимоотношения. Правила и закономерности, «открытые» им в этой области, помогают ему понимать поступки и внутренние переживания других, предсказывать и оценивать их поведение, а также те события, которые происходят с ним. Важно отметить, что система представлений человека открыта новому опыту и может изменяться в процессе общения. Это позволяет ему быть достаточно гибким и адаптивным в отношениях с людьми. В целом данная система представлений способствует установлению хороших контактов с окружающими. Система представлений испытуемого, относящаяся к рыхлому типу, отличается большой неопределенностью и, скорее всего, не служит ему достаточной опорой в социальных контактах. Это выражается в том, что, с одной стороны, испытуемый мало ограничен какими-либо рамками в восприятии и понимании людей. Но, с другой стороны, он часто испытывает затруднения в предсказании их поступков и понимании их

поведения. Ему бывает трудно занять четкую, определенную позицию в общении и спланировать свое поведение для достижения цели. Ощущение случайности и непредсказуемости должно быть хорошо знакомо ему. Общаясь с кем-либо, он держится напряженно, так как не знает, что можно ожидать от другого человека. Рыхлая система конструктов наблюдается при неврозах, шизофрении и других формах психической дезадаптации. Система представлений испытуемого, относящаяся к жесткому типу, обуславливает чрезмерную категоричность в оценках людей и в интерпретации внешнего мира. «Теория» человеческих взаимоотношений отличается четкостью и определенностью, наличием строгих правил и закономерностей, и вместе с тем она является чрезмерно категоричной. Такая организация конструктов не позволяет человеку быть достаточно объективным и гибким при объяснении тех или иных поступков окружающих. Это приводит к ухудшению контактов и повышает вероятность возникновения конфликтов.

В нашей выборке 63,8 % респондентов имеют жесткую систему конструктов, которые строятся на выделении таких качеств, как «добрый», «честный», «трудолюбивый», «общительный» (рисунок 4).

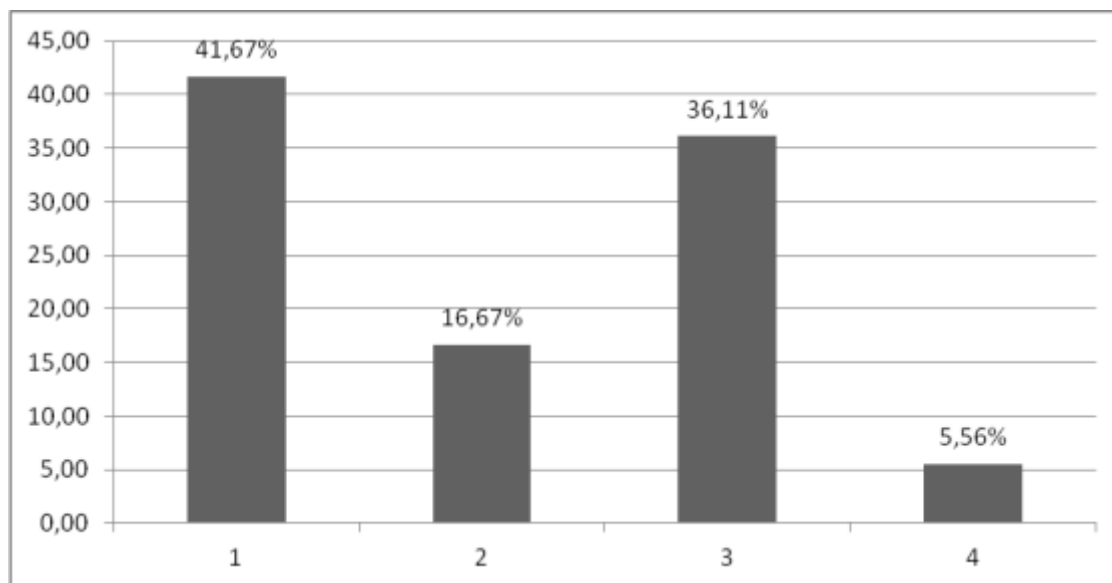


Рис. 1. Процентное соотношение уровней личной культуры «Я-реального»

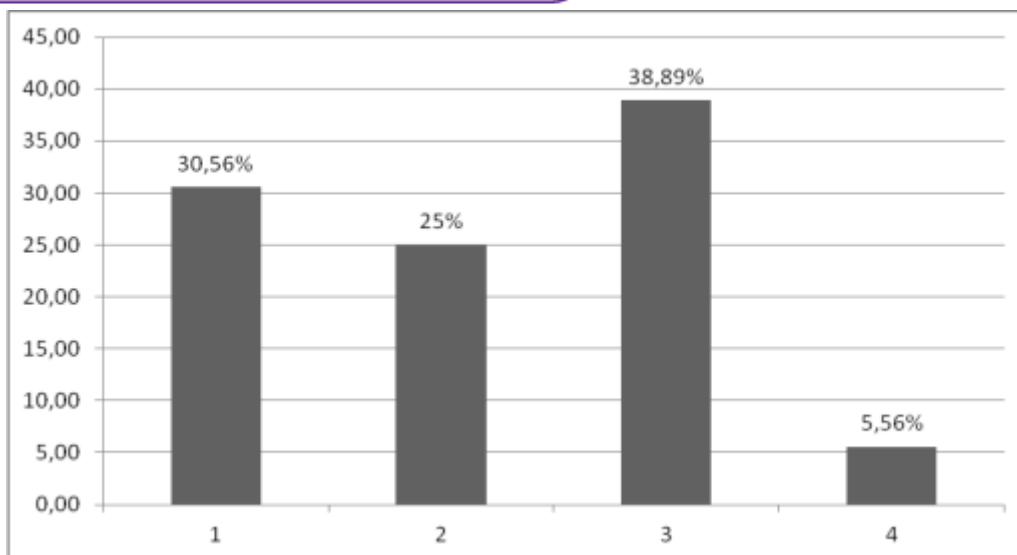


Рис. 2. Процентное соотношение уровней личной культуры «Я-идеального»

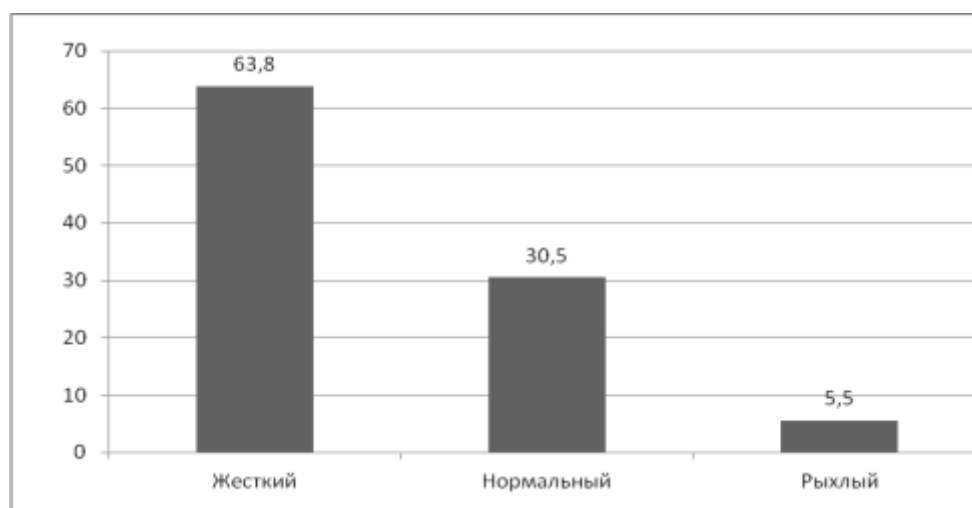


Рис. 3. Процентное соотношение значения показателей системы отношений в выборке

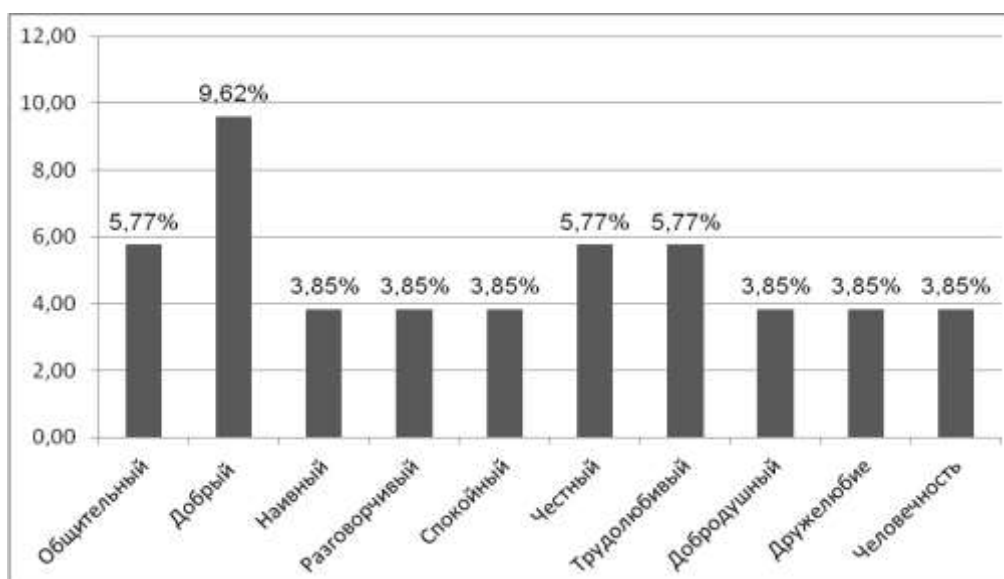


Рис. 4. Процентное соотношение часто встречающихся жестко связанных конструктов.

На втором этапе на основе применения непараметрического критерия сравнительной статистики H – Крускала-Уоллеса внутри выборки был проведен анализ влияния типа системы представлений (жесткий, нормальный, рыхлый) на уровень личной культуры в концепциях «Я-реальное» и «Я-идеальное» (таблица 3, рис. 5).

Таблица 3
Анализ влияния уровня личной культуры на тип системы представлений в выборке

Шкалы	Значение критерия	Значимость
Уровень личной культуры Я-реальное	7,58	0,022
Уровень личной культуры Я-идеальное	5,46	0,064

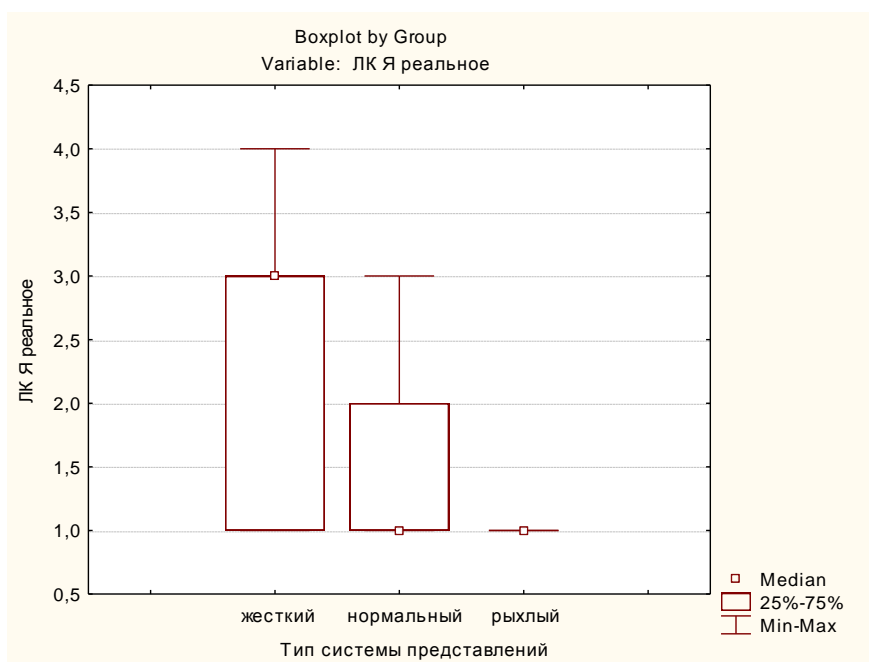


Рис. 5. Влияние уровня личной культуры Я-реальное на тип системы представлений в выборке

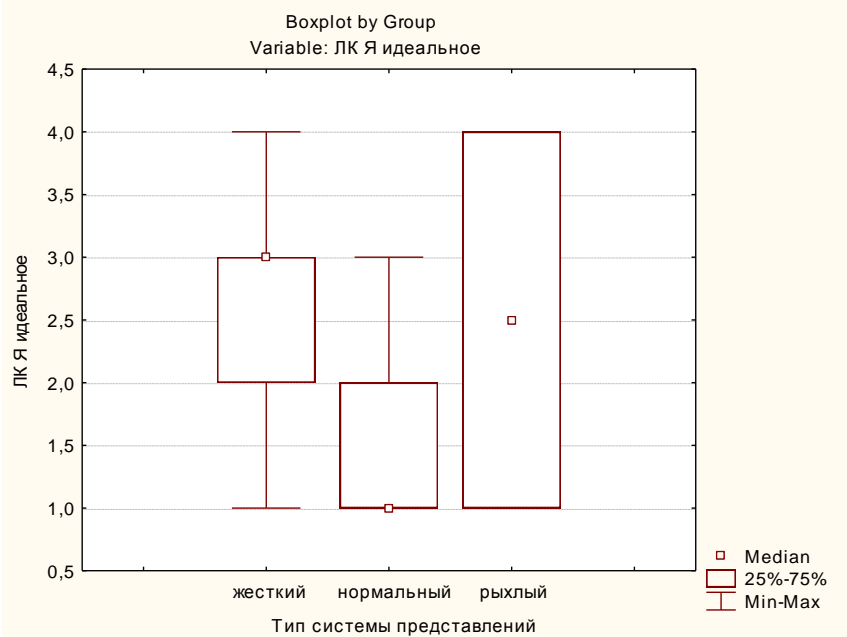


Рис. 6. Влияние уровня личной культуры Я-идеальное на тип системы представлений в выборке

Как видно из таблицы 3 и рисунка 5, статистически значимый уровень влияния наблюдается по шкале «Уровень личной культуры Я-реальное» ($h=7,58$, $p=0,022$). Это позволяет сделать вывод о том, что высокий уровень личной культуры в концепции «Я-реальное» субъекта познания обусловлен жесткостью системы представлений.

Как видно из таблицы 3 и рисунка 6, близкий к статистически значимому уровню влияния наблюдается по шкалам «Уровень личной культуры в концепции «Я-идеальное» и «Тип системы представлений» ($h=5,46$, $p=0,064$). Это позволяет сделать вывод о том, что респонденты обладающие высоким уровнем личной культуры в концепции «Я-идеальное» стремятся поддерживать свою жесткую систему представлений об окружающем мире на уровне тенденции. Как видно из рисунка 6 вместе с этим респонденты имеющие средний уровень личной культуры в концепции «Я-идеальное» обладают рыхлой системой представлений. Это позволяет сделать вывод о том, что, несмотря на то, что субъекты познания имеют достаточно развитый уровень личной культуры, они находятся в процессе формирования своей системы представлений об окружающем мире.

На третьем этапе мы рассмотрели направление влияния уровня личной культуры в концепции «Я-реальное» на уровень интернальности в области межличностного взаимодействия.

Таблица 4
Анализ влияния уровня личной культуры Я-реальное на уровень интернальности в области межличностного взаимодействия

Шкалы	Значение критерия	Значимость
Интернальность в области межличностных отношений	5,64	0,059

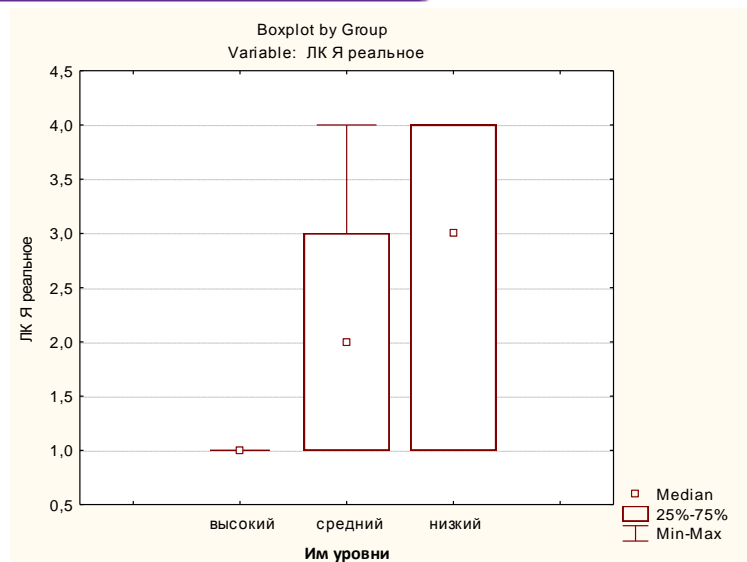


Рис. 7. Влияние уровня личной культуры Я-реальное на уровень интернальности в области межличностного взаимодействия

Как видно из таблицы 4 и рисунка 7, близкий к статистически значимому уровню влияния наблюдается по шкалам «Уровень личной культуры в концепции «Я-реальное» и «Интернальность в области межличностного взаимодействия» ($h=5,64$, $p=0,059$). Это позволяет сделать вывод о том, что респонденты, имеющие более высокий уровень личной культуры обладают низким уровнем интернальности в области межличностного взаимодействия на уровне статистической тенденции. Это говорит о том, что у респондентов в процессе построения межличностных отношений существует тенденция к приписыванию более важного значения окружающим его людям, случаю или обстоятельствам. Согласно полученным результатам, можно сделать вывод о том, что респонденты, обладающие жесткой системой представлений имеют высокий уровень рефлексивности и вместе с этим они обладают высоким уровнем личной культуры в концепции «Я-реальное» и «Я-идеальное». Респонденты, обладающие высоким уровнем личной культуры в концепции «Я-реальное» имеют низкий уровень интернальности в области межличностных отношений.

Таким образом, развитие личной культуры студентов в контекстном обучении предполагает создание условий для диалога, рефлексии полученных знаний и опыта и антиципации событий, действий, ситуаций в будущей профессиональной деятельности и социокультурного взаимодействия.

Список литературы

1. Жукова Н.В. Контексты становления личной культуры субъекта познания: монография. - Екатеринбург: Урал. ин-т экономики, управления и права, 2012.- 348с.

2. Жукова, Н.В. Единство антиципации и рефлексии как психологический механизм регуляции мышления студента в контекстном обучении [Текст]: монография / Н.В.Жукова; Урал.гос.пед.ун-т.- Екатеринбург, 2009. – С.51-52.
3. Corballis, M. C. Mind Wandering. Remembering the past and imagining the future share similarities. *American Scientist*: Vol. 100, 2012: May–June, PP.210 – 217.
4. Corballis, M. C. *The Recursive Mind: The Origins of Human Language, Thought, and Civilization*/ Precenton/2014.

Жукова Наталья Владимировна – д.пс.н., профессор кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России,; 620028 г. Екатеринбург, ул. Репина,3, тел. служ. 8(343)214-86-75

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ СФЕРЫ ОБРАЗОВ-ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Мордвинцева А.Ф.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

В статье представлен результат диагностики особенностей сферы образов-представлений у детей с нарушениями речевого развития. Особенности образов исследованы по трем основным параметрам: предметность, узнаваемость, разнообразие. Исследование показывает наличие особенностей у детей с нарушениями речевого развития с группой сравнения. На основании выявленных особенностей подобрано дальнейшее направление психокоррекционной программы для детей.

Ключевые слова: образ-представление, высшие психические функции, нарушения речевого развития

Diagnostics and correction of the sphere of images representations at children of preschool age with violations of speech development

Urals State Medical University

Mordvintseva A.F.

The result of diagnostics of features of the sphere of images representations at children with violations of speech development is presented in article. Features of images are investigated on three key parameters: concreteness, recognition, variety. The research shows presence of features at children with violations of speech development with group of comparison. On the basis of the revealed features the further direction of the psychocorrectional program for children is picked up.

Keywords: image representation, the highest mental functions, violations of speech development

В настоящее время заметно увеличилось количество детей с различным родом речевых нарушений на самых ранних стадиях развития. Исследования показывают, что данный рост нарушений речевого развития может быть связан с факторами, которые влияют на развитие и формирование речи в онтогенезе. В данном случае изучение сферы образов-представлений может оказать большую роль в коррекции детей с нарушениями речи, т.к. имеет тесную связь на формирование и речевую деятельность. Для преодоления трудностей у детей с данными нарушениями существует нейропсихологический подход к исследованию данной проблемы, который выявляет особенности и возможные методы коррекции.

Известно, что роль речи и психики имеют тесную взаимосвязь – формирование психических процессов оказывает влияние на становление речи в дальнейшем, а развитие речи, в свою очередь, влияет на психические процессы в развитии ребенка, а в будущем и взрослого человека. Нарушения речевого развития имеет непосредственную связь с формированием психики ребенка. Любого рода нарушение в развитии речи является препятствием в общении с окружающими, препятствует нормальному формированию познавательных процессов, оказывает влияние на эмоциональную сферу.

Психология образа опирается на конкретное-научное знание о мире – мире, в котором существуют, ведут жизнедеятельность, частично перерабатывая эти знания внутри и получая конечный результат в виде образа-представления. Другими словами мир воссоздается в психике человека в его субъективном представлении. В процессе познания, восприятия окружающего мира человек разбирает по частям на отдельные воспринимаемые элементы, а затем выстраивает во внутреннем психическом плане в виде образа (модели). И в этом процессе стоит отметить, что важным инструментом восприятия становится слово, с помощью которого человек способен вычленивать отдельные элементы и обозначить их.

Определяясь с понятием образ-представление в статье, стоит обратить внимание на определение Т.В.Ахутиной. Образ-представление – это психическое образование, результат того или иного психического процесса, фокусирует в себе полимодальный опыт практического взаимодействия с объектом (перцептивный, эмоциональный, личностно-смысловой, вербально-семантический). Образ представления включен в структуру представления информации, альтернативный вербальному кодированию [1].

Для исследования особенностей сферы образов-представлений в статье используются следующие методы:

Диагностический – нейропсихологическая батарея тестов для исследования зрительно-вербальных функций Т.В.Ахутиной, проба на развитие реципрокной координации движений (проба Н.И.Озерецкого);

Метод математической статистики обработки данных: критерий Манна-Уитни для оценки достоверности различий между средними уровнями исследуемых параметров экспериментальной и контрольной групп, где экспериментальную группу составляют дети с диагнозом F80 в возрасте от 5 – 7 лет, а контрольная группа – здоровые дети от 5 – 7 лет.

Работа проводилась на базе ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум» города Екатеринбурга.

В исследовании приняли участие две группы детей, которые составили 60 человек. Исследование проводилось индивидуально с ребенком для более качественного анализа.

Родители ребенка были ознакомлены с целью проведения исследования и дали свое согласие на исследование с их ребенком. В целях конфиденциальности в работе используются буквы для обозначения личности испытуемого.

Первую группу составляли дети с имеющимся клиническим диагнозом F80 по МКБ 10 (Специфические расстройства речи и языка) в возрасте от 5 до 7 лет. Диагноз установлен на МСЭ и в настоящее время является действительным. По МКБ 10 диагноз «специфические расстройства развития речи и языка – это те расстройства, при которых нормальный характер приобретения языковых навыков страдает уже на ранних стадиях развития» [2]. Вторую (контрольную) группу составили дети с нормальным развитием речи, не имеющие явных отклонений в речевом развитии. Данная группа является необходимой для исследования при сравнении наличия или отсутствия особенностей с первой группой испытуемых. В группу нормы вошли 30 человек. Группа сравнения, в составе которой 13 мальчиков и 17 девочек.

При обработке результатов учитываются следующие параметры:

- Предметность – образ имеет конкретность, указывая на определенный объект
- Узнаваемость – возможность понимания изображенного образа;
- Разнообразие – наличие разного рода представлений из числа предъявляемых.

В таблице представлены наглядные результаты в группе детей со специфическими расстройствами речи и языка.

Таблица
Результаты по пробе «Свободные ассоциации» (эмпирическая группа)

Критерий	Предметность изображения	Непредметные изображения	Разнообразие изображений	Повторы изображений	Узнаваемость	Трудно узнаваемые изображения
% по группе	59	41	56	44	68	32

При исследовании параметра предметность в группе детей со специфическими расстройствами речи и языка были установлены следующие особенности. В ходе обработки и интерпретации, анализ рисунков показывает, что в данной группе большинству испытуемых характерно изображение конкретных предметных образов. Они составили 59 %. Дети рисуют разные образы, например: солнышко, дом, замок, машина, дерево, паук, божья коровка, бабочка и т.д. По данным Т.В. Ахутиной, Н.М. Максимовой является средненормативным для детей данного возраста. Это свидетельствует о достаточной зрелости зрительно-предметного восприятия. Например, испытуемая Л. изобразила цветок – выделив у него конкретные признаки, определяющие его именно к категории цветов (стебель, лепестки, листочек, сердцевина; окрашен в соответствии с реальным объектом:

стебель и листочек зеленый, лепестки голубые, сердцевина желтая), далее изображен дом (крыша, основание, окно, дверь), машина (кузов, стекло, колеса) и т.д.

Так, у 41 % случаев выявлены аморфные изображения геометрических фигур, отсутствие конкретных образов, трудности их изображения даже при оказании помощи. Что свидетельствует о бедности сферы образов-представлений, невозможности мысленно дополнять объекты до образов предметов. Выявленные особенности характерны для детей с дисфункцией холистической обработки информации при заинтересованности правого полушария.

Следующий параметр оценки – это разнообразие. Процентное соотношения по данному параметру разнообразия образов составляет 56%. Что показывает большое количество разных категорий предметов у данной группы. Далее стоит отметить количество повторов при воспроизведении образов. При качественном анализе рисунков, можно сказать о наличии повторов, характерных для данной категории испытуемых. Можно предположить о том, что повторы в предъявлении образов-представлений являются компенсацией трудностей, связанных со слабостью в развитии данной сферы. Так, например, у одного испытуемого отмечаются четыре однотипных образов в виде роботов (как утверждает испытуемый они из мультфильмов). Также, к примеру, из актуализации свободных образов у ребенка (по имени К., 7 лет) предъявляются два образа – это цветы и человечки. В данном случае образы, которые повторяются, вербально озвучиваются разными конкретными предметами: у испытуемого (по имени П., 6,5 лет) образы роботов – «Образ №1 – Бил из мультфильма, образ №2 – брат Била, образ №3 – зомби, образ №4 – трон»; у испытуемой (по имени К., 6 лет) образ цветов – «Образ №1 – маленький цветочек, образ №2 – розочка, тоже маленький цветочек». Повторы образов-представлений составляют 44%, остальные образы имеют каждые новые образы предъявления.

Третий параметр – узнаваемость. При анализе рисунков стоит также отметить, что уровень изображение конкретных предметов достаточно высокий, но в ходе исследования качество изображений большинство рисунков (больше 4 изображений) являются примитивными, т.е. не соответствуют возрастной категории. Данные рисунки сложно разобрать и понять без интерпретации самого автора. Примитивность заключается в следующем – ребенок не выделяет конкретных признаков предмета, изображает предмет в общем виде, названный образ не соответствует изображенному образу. Так, например, испытуемый (по имени С.) изображает такие образы: карандаш, робот, щенок Фантик, паук, трава, папа Гена, волна, солнышко. Посмотрев на рисунки со стороны, сложно сказать, что на них изображено. Все рисунки не имеют соответствующих признаков названных

объектов. У испытуемой (по имени К.) все 8 изображений можно также отнести к малоузнаваемым, не четким; такие образы как мяч, солнышко, дом, луна, ухо – имеют искажение и труднодоступны к отнесению к разным категориям. Если разделить рисунки в процентном соотношении, то рисунки с низким уровнем изображения составляют 32%, а рисунки с достаточным уровнем изображения (легко узнаваемы, с наличием конкретных признаков образа, названный образ соответствует изображенному образу) – 68%. Данное процентное соотношение говорит о том, что группе детей со специфическими нарушениями речи и языка характерно изображение примитивных образов-представлений, заметно отставание по возрастным нормам.

Различие в сфере образов-представлений между эмпирической (группа детей с диагнозом F80) и контрольной группой (группа здоровых) было получено с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни (при уровне значимости $p=0,05$), который показал достоверность различий между этими группами.

Таким образом, при использовании статистического метода в исследовании можно говорить о наличии различий между эмпирической и контрольной группами. Показатели значений предметности, узнаваемости, разнообразия, а также показатели пробы реципрокной координации имеют отличие между группой эмпирической и контрольной. Контрольная группа отличается зрелостью зрительно-предметного восприятия. Это характеризует достаточно высокий уровень предметных изображений, изображения являются узнаваемыми и в меньшей мере разнообразными (но в соответствии с группой экспериментальной все же отличаются разнообразием образов). Следовательно, стоит обратить внимание на особенности отличительных признаков экспериментальной группы.

В проведенных пробах можно выявить следующие особенности. В группе детей со специфическими расстройствами речи и языка в значительной степени характерна бедность сферы образов-представлений, что выявляет наличие дисфункции холистической обработки. О таком выводе можно судить по ряду признаков: в первую очередь, исследуемый параметр предметность показал большое количество испытуемых с наличием не предметных, не конкретных образов. Этот факт также подтверждает трудности в предъявлении разнообразия представлений, невозможности выделить отличительные признаки предмета и закрепить его целиком.

У детей отмечаются не соответствие возрастной норме по исследуемому параметру узнаваемости изображений (большинство изображений являются примитивными). Данный признак может указывать на связь с вышеуказанным фактором – дисфункции холистической обработки у таких детей, но также и говорить о слабости аналитической

стратегии обработки. Не возможность анализировать, выделять главные и конкретные признаки предмета свойственно данной группе детей.

Отмечаются трудности в вербализации имеющихся образов. Наличие определенного набора образов по проведенной пробе на свободные ассоциации в невербальном варианте показывает существующие представления, но имеет трудности в переходе на вербальный уровень – маленький показатель называемых слов в ассоциативном ряду. Таким образом, можно говорить о имеющемся малом словарном запасе у таких детей, также сложности межполушарного взаимодействия, которое обеспечивает переход от образов к слову.

О наличии трудностей межполушарного взаимодействия указывает результат проведенной пробы на реципрокную координацию. Выполнение данной пробы характеризуется: замедленным вхождением в программу действия, недоведением движений до конца (неполное сжимание и распрямление ладони), отставанием одной руки (левой), дополнительным передвижением всей руки. Ребенку недоступно плавное выполнение действий. Движения выполняются со сбоями, при указании на ошибку исправляет, затем снова ошибки повторяются. Также отмечаются уподобления – ребенок выполняет одинаковые действия обеими руками.

Таким образом, в группе детей с нарушениями речевого развития установлена трудность холистической обработки поступающей информации. Поступающий образ не в состоянии обработаться и закрепиться в целостном его состоянии, что вызывает в дальнейшем невозможность воспроизводить образы в полном объеме. Это влечет за собой нарушение в формировании сферы образов-представлений. Отмечается нарушение межполушарного взаимодействия, оказывая значительное влияние на взаимосвязь образов и речи. Полученный образ не в состоянии оказаться вербализованным, т.к. ребенок не имеет четкого представления о чем говорить, не познав, как следует окружающий его мир предметов.

В качестве метода коррекционной работы выбрана методика Т.В.Ахутиной, Н.М.Пылаевой «Учимся видеть и называть». В связи с выявленными особенностями в эмпирическом исследовании данная методика является наиболее подходящей к применению с данной группой испытуемых.

Цель коррекционной работы: развитие функции целостной обработки информации у детей, имеющих нарушения речевого развития.

Основные задачи, которые необходимо выполнить в ходе работы:

1) Развитие зрительно-гностических процессов, включая различные стратегии зрительного опознания;

2) Развитие связей «зрительный образ – слово», дифференциация зрительных образов и значений слов;

3) Развитие зрительного внимания.

Основная стратегия данной методики основана «на выращивание слабого звена при опоре на сохранные звенья в процессе специально организованного взаимодействия» [3]. В этом взаимодействии изначально взрослый берет на себя выполнение функции слабого звена, а затем постепенно передает их ребенку, выстраивая выполнения заданий таким образом – от простого к сложному (относительно слабого звена).

Данная психокоррекционная работа включает в себя семь разделов, на протяжении которых будут выполняться упражнения.

Психокоррекционная работа подразумевает и работу с родителями ребенка, т.к. это необходимое условие для успешного результата коррекции. С родителями необходимо провести беседу, в которой им будет донесено об особенностях их детей, а также рекомендации, которые им следует выполнять на протяжении коррекционной работы.

Рекомендации родителям:

1. Необходимо уделить ребенку определенное время, в котором они будут ежедневно изучать любые книги (детская литература). В это изучение входит чтение рассказов, заострение внимания на прочитанном содержании (детально рассказывать о героях, о происходящих событиях в рассказе, выделяя эмоциональный компонент и тем самым заинтересовывать ребенка в деятельности), обсуждение впечатлений о прочитанном.

2. В повседневной жизни родители больше внимания уделяют особенностям деталей окружающих предметов, рассказывают и описывают как можно больше, далее спустя определенное время (после месяца коррекционных занятий) родители начинают сами просить ребенка описать предмет, рассказывать, что знает о предмете и т.д.

3. Для закрепления каждого занятия родитель должен интересоваться, что было на занятии, чем занимался ребенок, что понравилось, что было сложно, при этом родитель должен добиться развернутого ответа от ребенка. Необходимо узнавать какие новые предметы для себя узнал ребенок, в наилучшем варианте после каждого занятия просить ребенка изобразить в красочном варианте все, что запомнилось и понравилось.

4. Уделять время на совместную творческую деятельность. Это может быть рисование, составление поделок из любого материала (бумага, картон, пластилин, тесто, ткань, и т.д.). Тем самым в процессе такой деятельности ребенку будет оказана помощь в исследовании и закреплении образов в своем сознании, с подкрепляющей заинтересованностью в совместной работе на примере подручных средств.

На основании изучения особенностей сферы образов-представлений у детей со специфическими расстройствами речи и языка и результатов, полученных в проведенном исследовании, можно сделать следующие выводы:

1. Особенности сферы образов-представлений между группой детей со специфическими нарушениями речи и языка имеют достоверные различия с группой здоровых детей по речевому развитию (достоверность установлена статистическим методом по критерию Манна-Уитни).

2. Существуют различия между двумя группами при измерении в трех параметрах: предметность, узнаваемость, разнообразие.

3. При исследовании предметности образов в группе детей с нарушениями речевого развития выявлены трудности в конкретизации образов-представлений в связи с слабостью целостной обработки информации.

4. Образная сфера является несформированной у группы детей со специфическими нарушениями речи и языка, что проявляется в примитивных образах, в их малом разнообразии, в трудности выделения конкретных признаков предмета.

5. Установлено нарушение межполушарного взаимодействия, которое оказывает влияние на взаимосвязь образов и речи: невозможность зрительных образов передать для вербализации.

6. Трудность вербализации слов заключается в отсутствии чувственного опыта взаимодействия с объектами: ребенок не в состоянии говорить о том, чего не исследовал, не познал на опыте ранее.

7. В качестве психокоррекционной работы подобрана методика Т.В.Ахутиной «Учимся видеть и называть», которая наиболее подходит для коррекции выявленных особенностей. Модель программы будет состоять из двух блоков: первый блок – нейропсихологическая работа, включающая комплексную программу со специалистами (нейропсихолог, невролог, логопед); второй блок – работа с родителями. Данная модель программы подобрана на основании проведенного диагностического исследования.

Список литературы

1. Ахутина Т.В. Нейропсихологический подход к профилактике трудностей обучения. Методы развития навыков программирования и контроля / Ахутина Т. В., Пылаева Н. М., Яблокова Л. В. // Школа здоровья, 1995. – Т. 2. – № 4. – С. 66–84.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем / Десятый пересмотр, 1 том. – М.: Медицина, 1995 – 698 с.
3. Ахутина Т.В. Диагностика развития зрительно-вербальных функций / Т.В.Ахутина, Н.М.Пылаева. – М.: Академия, 2003. – 64 с.

Мордвинцева А.Ф. - аспирант кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Свердловская область, г. Верхняя Пышма, ул. Сергея-Лазо 32, кв. 86, тел. 8 (343) 684 00 39, e-mail: nasya.mordvintseva@yandex.ru

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ИЗУЧЕНИИ СЕМЬИ НА ЭТАПЕ ОЖИДАНИЯ РЕБЕНКА

Шихова Е.П.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Автор, используя междисциплинарные подходы, исследует особенности взаимодействий в семьях, ожидающих ребенка. На этом этапе изменения затрагивают всех членов семьи, и сопряжены они с переменами в физиологическом, психологическом и социокультурном статусах. Происходят они на фоне биологической и нейроэндокринной перестройки организма женщины, сопряженной с ожиданием ребенка.

Ключевые слова: беременность, семья, социально-психологические аспекты, междисциплинарный подход.

Interdisciplinary approach to the study of the family awaiting the child

Urals State Medical University

Shihova E.P.

The author, using interdisciplinary approaches, explores the peculiarities of interaction in families, waiting for the child. The changes affect all members of the family, and they are associated with changes in the physiological, psychological and socio-cultural status. They occur on the background of the biological and neuroendocrine restructuring of the woman's body that is associated with the expectation of the child.

Keywords: pregnancy, family, socio-psychological aspects, interdisciplinary approach.

Введение

Современное общество характеризуется динамичными изменениями во всех сферах жизнедеятельности. Глобализация современной жизни обуславливает активное использование междисциплинарных связей. Клиническая психология, как одна из активно развивающихся и междисциплинарных наук, не остается в стороне от реалий наступившего тысячелетия, и внедряется во многие сферы существования человека и общества.

Семья, являясь основой любого общества также подвержена изменениям, и традиционно находится в центре внимания многих наук. В связи с этим проблема семейных взаимоотношений становится особенно значимой.

На сегодняшний день недостаточно изучен один крайне важный аспект функционирования семьи: взаимодействия в процессе ожидания ребенка. В этом периоде тесно переплетаются природные и социокультурные начала.

Следует отметить, современная семья существует в сложных трансформационных условиях. Перемены в социуме вызывают стремление к защите, тяготение к стабильности, солидарности, сопричастности и взаимопониманию именно в семейной общности. В кризисных, нестабильных условиях выделяют такие модели адаптационного поведения, как «идентификация с ближайшим окружением», и — общая активность [1]. Именно идентификация, сопричастность и активность членов семьи в период ожидания ребенка могут играть положительную роль в совладании с трудностями в период ожидания ребенка.

Материалы и методы

В работе использовались качественные и количественные методы. Применялись биографические описания в форме дневниковых записей, составленные добровольно респондентами (20 супружеских пар) в период ожидания ребенка и в ранний период после его рождения.

В рамках исследования было проведено полужформализованное интервью с экспертами (11 чел.) - профессионалами, работающими непосредственно с семьей в период ожидания ребенка и после его рождения. Это - врачи акушеры-гинекологи, неонатологи, кандидаты и доктора медицинских наук, с профессиональным стажем не менее 15 лет. Целью интервью было обобщение описаний отдельно взятых элементов механизма предсоциализации, констатации ценностных ориентаций, сопровождающих чувственно-эмоциональные переживаниями будущих родителей.

Методом анкетного опроса были исследованы 1026 супружеских пар, ожидающих ребенка. Общность будущих родителей была условно разделена на два кластера: 522 супружеских пары в контрольном кластере и 504 — в экспериментальном. В экспериментальный кластер были включены будущие родители, специально готовящиеся к родительству, посещающие различные школы и курсы подготовки к родам. Опрос проводился анонимно. В контрольный кластер вошли супружеские пары, не проявившие потребности в специальной дополнительной подготовке к рождению ребенка. Опрос этих супружеских пар проводился на базе женских консультаций разных районов Екатеринбурга.

Для создания базы данных использовался пакет обработки и анализа статистической информации SPSS (версия 14.0).

Результаты исследования и их обсуждение

На основании анализа данных было определено, что при общем «разбросе» возраста респондентов от 19 до 52 лет их объединяет статус будущих родителей. В контрольной группе обращает на себя внимание слишком большой разрыв возрастных границ - 19 лет у женщин и 52 года - у мужчин. В экспериментальной группе этого не отмечается. В связи с

этим можно предположить, что взаимодействия семьи в экспериментальной группе формируется людьми близких возрастных рамок. Здесь можно констатировать тенденцию: среди факторов, осознанно готовящихся к родительству, существует более близкая возрастная дистанция, что снижает вероятность возникновения в этих семьях конфликта поколений. При этом, отсутствие заинтересованности в специальной подготовке к рождению ребенка в контрольной группе, можно объяснить жизненным опытом одного из будущих родителей.

Из полученных данных видно, что более высокий уровень образования (практически в два раза по уровню высшего, и в четыре раза — по уровню дополнительного высшего образования у женщин) будущих родителей в экспериментальной группе, что отчасти объясняет более основательную подготовку и к появлению ребенка в этих семьях.

В процессе анкетного опроса были получены данные о профессиональной принадлежности респондентов, религиозных предпочтениях, материальном достатке семей, легитимности брачных отношений, степени информированности относительно государственной поддержки семьям, ожидающим ребенка, уровне доверия между будущими родителями, гендерные различия в поведении перспективных родителей, отношения к партнерским родам и многие другие аспекты связанные с этим жизненным циклом семьи, представим лишь некоторые из них.

Возрастающую значимость религиозных аспектов внутрисемейной жизни отмечают респонденты и эксперты.

Эксперт № 6:

«...На участке стало много верующих... У них иное понимание семьи. В таких семьях меньше аборт. Другие взаимоотношения и больше ответственности...»

Религиозность минимизирует негативные влияния социума и влияет на взаимодействие в семье, способствуя идентификации семейной общности, но влияние ее существенно проявляется на незначительном числе семей.

Как показали результаты исследования, благодаря взаимному доверию супружеские пары, ожидающие ребенка, избирают инновационные стратегии подготовки к рождению ребенка. К таким стратегиям относится не только посещение школ подготовки к родительству, но и подготовка к партнерским родам, которые получают все большее распространение [3].

Некоторые наиболее «продвинутые» молодые супруги, особенно - в крупных городах, достаточно ответственно подходят к решению иметь ребенка вплоть до использования специальных медицинских процедур перед зачатием, планирования пола ребенка,

прохождения специальных программ в период ожидания рождения нового члена семьи, в том числе и с активным участием будущих отцов. Официальной статистики по количеству партнерских родов нет, но тенденция к их увеличению существует, об этом может свидетельствовать рассматриваемый закон о партнерских родах. Совместная исследовательская работа с акушерами-гинекологами в отделении по разработке и внедрению новых медико-организационных форм перинатальной помощи в ФГУ НИИ ОММ, свидетельствует о том, что если в 2000 годах партнерские роды выступали в основном как элемент моды и демонстрация статусных моментов, то сегодня на первый план выходят когнитивно – эмпативные мотивы [4].

Анализ результатов показал, что в сознании молодого поколения постепенно укрепляются взгляды на рациональное планирование рождения ребенка. При том, что планирование не является архетипическим для русской культуры. В контрольной группе доля будущих родителей, планировавших появление ребенка, составляет 67% против 74% в экспериментальной группе.

Таким образом, можно предположить, что современные факторы с большей степенью ответственности, чем предыдущие поколения, подходят к вопросу планирования детей, осознанно готовятся к этому событию в жизни семьи заранее. Причин для этого может быть несколько. Серьезной причиной можно считать сексуальную революцию, связанное с ней увеличение абортов, распространение инфекционных заболеваний, приводящих, как следствие, к растущей тенденции женского и мужского бесплодия.

Имеет значение и распространение контрацепции. С одной стороны, возможность контролировать процесс рождаемости играет положительную роль в осознанном выборе субъектами времени рождения ребенка. С другой стороны, нередко окончание времени приема контрацептивных средств не совпадает с немедленным зачатием. Упускается оптимальный фертильный период, происходят необратимые изменения.

Еще одной причиной, наравне с указанными выше, является и активное включение женщин в производство, карьерные амбиции, вынужденная профессиональная активность, что предопределяет отсрочку рождения малыша на более поздние сроки. Это может иметь негативное влияние на реализацию женщинами детородной функции.

Необходимо отметить, что супружеские пары, принявшие решение о рождении малыша, адаптируясь к положению, проявляют активность и стремятся к большей информированности:

Эксперт № 1:

«...интерес современных родителей ко всему, что связано с беременностью, родами и будущим малышом, огромен, это отличительная черта современности! Еще 10 лет назад этого не было. ...Будущие родители совместно посещают курсы подготовки к родам, вместе приходят на приемы, отцы приходят на УЗИ ...».

Семьи, где социокультурное взаимодействие соответствует времени, активно используют все возможные пути для его содержательного обогащения:

Эксперт № 1:

«... Стремятся быть готовыми к беременности. Интересуются новыми медицинскими технологиями в плане подготовки к зачатию. Хотят больше знать о новых веяньях. Начинают посещать спортивные клубы, увлекаются танцем живота, осваивают йогу. Начинают вести здоровый образ жизни. Отказываются от вредных привычек...».

Подтверждением могут служить и выдержки из биографических дневников.

Анна Д., 28 лет:

«...Малышку планировали, готовились целый год, прошли всех специалистов. Стали вместе следить за режимом, регулярно посещали бассейн, начали больше следить за качеством питания и т. д.».

Юлия С., 29 лет:

«...Мы прошли полное обследование..., пролечились вместе с мужем. ...После обхода всех врачей пошли к специалисту-психологу. Он нам и помог. После чего наша жизнь круто изменилась в лучшую сторону, словно открылось второе дыхание, и пришла взрослая осознанность, и долгожданная беременность наступила».

Современные партнеры совместно посещают психологические консультации, заявляют о своих проблемах, проходят обследование и лечение у соответствующих специалистов, это может свидетельствовать об укреплении семейных взаимоотношений в период ожидания, стремлении к семейному благополучию.

Эксперт № 6:

«Многие пары осознанно планируют беременность. Таких пар становится больше. На моем участке, несмотря на отдаленность от центра, таких супружеских пар, идущих на родительство осознанно, примерно 80%. Десять лет назад планирование беременности было редкостью».

Оптимизация социальных и индивидуально-личностных сил происходит через культуру взаимоотношений членов семьи, и если в отношении будущего ребенка трансляция этой культуры носит латентный характер, то в отношении всех остальных — явно выраженный, реальный. Ориентация на существующие современные нормы задает успешную адаптацию

к ситуации, в которой самоутверждается семья. Ожидание позитивной оценки со стороны близкого окружения вызывает положительные эмоционально-чувственные настроения, что в свою очередь продуцирует положительную энергию, благоприятно влияющую как на членов семьи, так и на принейта.

Анна Д., 28 лет:

«...Внимательно и с превеликим удовольствием наблюдаем за кувырканием малыша в животике, особенно радуется папа. Когда папа садится разговаривать с животиком, то малыш начинает активно двигаться из стороны в сторону, мы смеемся над выкрутасами маленького!».

Как видим, в практиках будущих родителей появляется новая норма — общение с принейтом. Эта форма новизны в социокультурном взаимодействии раньше не культивировалась как норма и ценность. Общение, отслеживание ответных реакций принейта только в последние годы становится социально одобряемым действием[1].

Полученные данные свидетельствуют о том, что у многих будущих отцов проявляется неуверенность, страхи, волнение перед появлением в семье малыша. Связано это с низкой информированностью мужчин о пренатальном периоде, незнанием современных оценок этого этапа. И это доказывает, что следует повышать культуру подготовки к семейной жизни и родительству не только на этапе ожидания семьей ребенка, а гораздо раньше.

У будущих родителей контрольной группы выражена традиционная, «стихийная» культура подготовки к родительству, которая не способствует успешной социализации. Поэтому необходимо ввести системность в процесс подготовки к будущему родительству: семья, школа, здравоохранение, женские консультации, психологические и социальные консультации, службы социальной и правовой поддержки. Это связано и с задачей освоения здоровьесберегающих технологий в реализации социального поведения молодого поколения, «выработке новых подходов к нравственному воспитанию молодежи, в подготовке к семейной жизни, формированию системы общественных и личных ценностей, ориентированных на семью с детьми» и с осмыслением значимости такого социокультурного акта, как рождение ребенка.

Понимание проблем и профилактическая работа с членами семьи может нивелировать негативные социальные практики.

Представления о том, что человек рождается как «чистая доска», сейчас опровергнуты. Формируется новый взгляд, где рождение ребенка — это уже не чисто природный фактор, а опосредованный социокультурными и психологическими основаниями социальный процесс.

Анализ биографических описаний подтверждает то, что будущие родители, готовящиеся к рождению ребенка, осознанно осваивающие пренатальные практики, сохраняют в дальнейшем установки на эффективное взаимодействие между собой и реализуют предрасположенность к успешной социализации ребенка.

Приведем данные исследований, в группе подготовленных пар число здоровых детей, выписанных из роддома, в 1,5 раза больше, чем в группе новорожденных от неподготовленных пар ($74 \pm 4,40\%$ против $48 \pm 5,02\%$), что имеет статистически достоверные различия ($p < 0,05$).

Значимые различия выявлены среди новорожденных, нуждающихся в более углубленном обследовании и лечении в условиях детской клиники: таких детей в четыре раза меньше в группе подготовленных к родам супругов, чем в группе новорожденных от супругов, не прошедших подготовку ($6 \pm 2,38\%$ против $26 \pm 4,4\%$) ($p < 0,05$). Следует отметить, что в обеих исследуемых группах при партнерских родах не было осложнений. Заслуживает особого внимания анализ родовых травм новорожденных: их не выявлено у детей подготовленных супружеских пар, а в группе новорожденных от супругов, воздержавшихся от подготовки к родам, травмы выявлены в пяти случаях, что составляет 10% и является статистически значимым различием ($p < 0,05$).

Как итог, общее число заболевших новорожденных при партнерских родах у первородящих среди подготовленных и неподготовленных супружеских пар имеет статистически достоверную разницу: у подготовленных к родам эта цифра составляет $26 \pm 4,4\%$, а у неподготовленных $58 \pm 4,96\%$ ($p < 0,05$).

Кроме этого, было проведено анонимное анкетирование 45 супружеских пар, прошедших дородовую подготовку, через 6 - 12 месяцев после рождения ребенка. При анализе ответов матерей о характеристиках развитии ребенка выявлено, что на естественном вскармливании и возрастном прикорме находилось большинство детей — 93%. В 84% дети расцениваются как здоровые. По нашей просьбе родители заполнили таблицу по показателям эмоционального и психомоторного развития детей на первом году жизни. У 100% представленных в анкетных данных детей эти показатели соответствуют возрастной норме, а по некоторым и опережают[6].

Обратим внимание на то, что в биографических описаниях использовались материалы родителей, ожидающих первого ребенка. Наблюдения показывают, что ожидание второго и последующих детей связано с более высоким уровнем социальной напряженности, тревожности будущих родителей. Супруги, имеющие родительский опыт, в большей степени осознают значимость пренатальных практик и взаимодействия в период ожидания

ребенка. Авторские наблюдения опираются на факт того, что за последние пять лет на курсах и консультативных приемах перинатальных психологов по подготовке к родам и родительству увеличилось количество супружеских пар, уже имеющих одного и даже двух детей. За консультацией обращаются супружеские пары, уже проходившие специальную подготовку во время ожидания первого ребенка, и, получив профессиональную помощь в первый раз, на фоне нового ожидания и осознанной ответственности, испытывают потребность в помощи специалиста. Значимость пренатального периода при подготовке к повторному родительству у них связана с уже имеющимся опытом и формулировкой не абстрактных, а более конкретных, чем в первый раз, вопросов. Это подтверждается исследованиями российских и зарубежных авторов [7].

На основании высказываний экспертов можно утверждать, что специальная подготовка семьи к рождению ребенка формирует более позитивную атмосферу внутри семьи в целом, а также благотворно сказывается на формировании и развитии будущего члена общества.

Нелегитимные отношения между будущими родителями могут отрицательно проявиться в период ожидания ребенка. Отметим, что в современном обществе не запланированных беременностей больше, чем запланированных. По данным органов ЗАГС, около 30% регистраций брака осуществляется в период ожидания ребенка.

Одновременно отметим, не все будущие родители легитимизируют семейные отношения в период ожидания ребенка. Не меняется уже в течение нескольких десятилетий количество детей, рожденных вне брака и не признанных отцами. Эта цифра, как правило, колеблется около 30%, и не зависит от абсолютных изменений численности детей.

По результатам исследования период ожидания ребенка является серьезным испытанием для всей семьи, служит своеобразной провокацией поведенческих практик и эмоциональных связей. Нередко между будущими родителями, между членами семьи возникают ссоры, отношения ухудшаются, вплоть до полного разрыва. В группе контроля - ухудшились отношения в 3,9%, прекратились — у 0,5% респондентов. Наблюдается разница и при ответе на этот вопрос у мужчин и женщин. Так, 2,9% женщин контрольной группы отмечают ухудшение отношений. Отношения были прекращены у 1%. У мужчин ухудшение отношений отметили 4,9%. Опираясь на данные, можно говорить о разнонаправленности оценки изменений в отношении между супругами в этот период. Это можно объяснить разницей психологических аспектов мировосприятия мужчин и женщин.

Следует отметить, что присутствие таких показателей только со стороны женщины может быть объяснено психологическим и физиологическим состоянием, спровоцированным гормональными изменениями. При этом «провокационность» периода ожидания ребенка в

целом для судьбы перспективных и родительских, и супружеских отношений подтверждается и биографическими дневниковыми данными.

Ирина Н., 20 лет, в «гражданских» отношениях 2 года, образование среднее:

«...встречалась с парнем, который всю ответственность за беременность свалил на меня. О будущем ребенке и слышать не хочет... Отношения почти прекратились. Иногда встречаемся, в основном разговариваем по телефону. Материально почти не помогает...».

В данном случае беременность и ожидание ребенка спровоцировало негативное поведение партнера, и беременность протекает как травматическое событие. Женщина вынуждена приспособливать свое социальное поведение под новые нормы и ценности, но уже без участия партнера.

Елена Ф., 24 года, образование незаконченное высшее:

«...С отцом ребенка мы не состояли в официальном браке, и когда я сказала ему, что беременна, ответ его был краток: «Извини, я — пас. Если хочешь родить, это только твое решение». Я ответила, что понимаю, сложно привыкнуть к этой мысли, и у него есть время подумать... Он думает до сих пор...».

В период ожидания семьей ребенка трансформируются и модифицируются социальные роли. Так, у мужчины роль сексуального партнера видоизменяется в роль будущего отца, ответственного за семью и за ребенка. Чем менее успешно такая трансформация происходит на этапе ожидания ребенка, тем сложнее адаптация в будущем. Об этом накоплен большой эмпирический материал в педагогике и социальной психологии.

Аналогично это касается и роли будущей матери. Однако, если в период ожидания ребенка женщина вынуждена приспособливаться к физиологическим изменениям, то мужчина находится в условиях комплексного, зачастую инновационного социокультурного поля. Мужчины не всегда готовы к изменению своей социальной роли, к ответственности, связанной с этим, поэтому беременность женщины провоцирует ухудшение отношений вплоть до полного разрыва. Ожидание ребенка в этом случае протекает без поддержки или надежды на нее, в негативной, деструктивной атмосфере.

Таким образом, полученные данные подтверждают, что ценность взаимодействия с женщиной, ожидающей ребенка, находится в зависимости от ценностно-нормативных установок, стереотипов восприятия этого периода членами семьи. Ведущая роль в оптимизации взаимодействия в семье на этапе ожидания ребенка детерминирована социальными представлениями об этом периоде. Однако изменения, связанные с инновационными практиками, значительно инициируются институциональными структурами.

Проведенный междисциплинарный анализ позволил констатировать, что уникальность и незаменимость семьи в воспроизводственном процессе, в процессе социализации остаются неизменными. В культуре общества, несмотря на кризисные и трансформационные процессы, не утрачено традиционно бережное отношение к женщине и к семье, ожидающей ребенка. Однако на социальном уровне недостаточно учитывается, что период ожидания ребенка формирует особую культуру семейных взаимоотношений, обуславливая перспективы дальнейшего существования семьи.

Проведенное исследование показало, что не прекращающийся с середины 1990-х годов демографический кризис в России актуализировал поиск соответствующих управленческих решений по преодолению депопуляционных тенденций в стране. Ряд постановлений привели к должному эффекту, но требуется дальнейшая корректировка и развитие организационно-управленческих резолюций в области семейно ориентированных технологий, направленных на качество рождаемости и, главное, на благополучие семьи.

При этом на социальном уровне декларация значимости воспроизводственной функции семьи не всегда согласуется с конкретными практиками. В современной России институционально регламентирован усредненный подход к стимулированию рождаемости для разных слоев населения. Отсутствие социологических исследований, связанных с социокультурными практиками в период ожидания семьей ребенка, недостаточная изученность внутрисемейных взаимоотношений на этом этапе жизненного цикла семьи делают невозможным активное воздействие на оптимизацию ее социокультурной атмосферы, при том что запросы на такие исследования имеются.

Список литературы

1. Ядов В. Социальная идентификация в кризисном обществе / В. А. Ядов // Социологический журнал. 1994. № 1. С. 35–50.
2. Дети из смешанных семей. [Электронный ресурс].- Режим доступа <http://www.blagovest-info.ru/index.php?ss=2&s=3&id=40442>
3. Гурко Т. Брак и родительство в России / Т. А. Гурко. М. : Институт социологии РАН, 2008. С. 109–110.
4. Marital Adjustment during the Transition to Parenthood: Stability and Predictors of Change Pamela M. Wallace and Ian H. Gotlib Journal of Marriage and Family, Vol. 52, No. 1 (Feb., 1990), P. 21–29.
5. Шихова Е.П. Новые междисциплинарные акценты в социологии: семья на этапе ожидания ребенка Вестник тихоокеанского государственного университета. Вестник ТОГУ 2015 №1 (36) Стр.287-294
6. Мальгина Г. Многофакторный мониторинг партнерских родов в перинатальном центре / Г. Б. Мальгина, Г. Н. Билимова, И. Ф. Жукова, Е. П. Шихова // Медицинское пособие. Руководство для врачей. 2009.
7. Индивидуальный подход в подготовке супружеских пар к партнерским родам: ближайшие и отдаленные результаты / Е. П. Шихова, Г. Б. Мальгина // Сборник материалов

международного конгресса «Перинатальная психология и психотерапия». СПб. : «Барс», 2008. С. 11–116.

Шихова Елена Павловна – к.с.н., доцент кафедры психологии и педагогики, заместитель декана факультета ПСР и ВСО ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, 620028, Екатеринбург, ул. Репина, 3, (343) 214-86-71, e-mail: shihovka@mail.ru

ЛЕКЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ЭКОНОМИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Уважаемые читатели!

Представляем Вашему вниманию статью из сборника «Лекции по организации и экономике здравоохранения» (под общей редакцией А.Б. Блохина, Н.С. Брынза, Е.В. Ползика), изданного совместно Уралмедсоцэкономпроблем, Департаментом здравоохранения Тюменской области и ГБУЗ СО ДКБВЛ «НПЦ «Бонум» в 2014 году.

Книга посвящена актуальным проблемам организации, управления и экономике в данной отрасли, адресована руководителям здравоохранения, преподавателям медицинских образовательных учреждений и факультетов усовершенствования врачей, студентам, аспирантам, научным работникам.

В данном номере представляем Вам лекцию ассистента кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия», г. Тюмень Мурычевой Натальи Николаевны и начальника управления анализа, прогноза и развития здравоохранения Департамента здравоохранения Тюменской области, ассистента кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПП и ППС ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» МЗ РФ Захарченко Натальи Михайловны, посвященную роли конфликтов как причины эмоционального выгорания.

По вопросам приобретения книжного издания обращаться в редакцию журнала.

КОНФЛИКТЫ КАК ПРИЧИНЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Мурычева Н.Н., Захарченко Н.М.

Конфликт - это качество взаимодействия между людьми, которое выражается в противоборстве сторон ради достижения своих интересов и целей. Существует целая область научного знания о природе, причинах и видах конфликтов, способах разрешения – конфликтология.

Введем основные понятия конфликтологии, чтобы понимать, о чем мы говорим:

- участники – это субъекты, непосредственно вовлеченные во все фазы конфликта;
- оппонент - это участник конфликтной ситуации, имеющий точку зрения, взгляды, убеждения, аргументы, которые отличны от исходных или по сравнению с вашими;
- конфликтный человек – это человек, который чаще других создает и вовлекает других в конфликтные ситуации;
- объект конфликта – это предмет, явление, событие, проблемы, цель, действие, вызывающие к жизни конфликтную ситуацию и конфликт;
- проблема – это сложный вопрос, задача, требующие разрешения, исследования;
- конфликтная ситуация – это ситуация противоборства двух или нескольких участников, каждый из которых имеет свои цели, мотивы, средства и способы решения лично значимой проблемы;
- инцидент - это практические действия участников конфликтной ситуации, которые бескомпромиссны и направлены на обязательное владение объектом обостренного встречного интереса.
- стороны конфликта – это субъекты социального взаимодействия, находящиеся в состоянии конфликта или же явно или неявно поддерживающие конфликтующих.
- предмет конфликта – это то, из-за чего возникает конфликт.
- образ конфликтной ситуации – это отображение предмета конфликта в сознании субъектов конфликтного взаимодействия.
- мотивы конфликта – это внутренние побудительные силы, подталкивающие субъектов к конфликту (выступают в форме потребностей, интересов, целей, идеалов, убеждений).
- позиции конфликтующих сторон – это то, о чем они заявляют друг другу в ходе конфликта или в переговорном процессе.

Субъекты используют конфликтогены – это вербальные или невербальные средства общения, примененные, возможно, даже неосознанно одним из субъектов по отношению к другому, которые вызывают у последнего отрицательные эмоции, переживания и подталкивают его к агрессивным действиям по отношению к первому, способствуя возникновению конфликта между ними. Очень часто после этого наступает фрустрация – тягостное переживание неудачи, блокирование целенаправленного действия, возникающая при наличии препятствия на пути к достижению цели, решению задачи, или удовлетворению потребности. Чувства, которые сопровождают фрустрацию, это раздражение, гнев, вина и т.п.

Конфликты бывают различных типов, в зависимости от конфликтующих сторон: внутриличностными, межличностными, личность против группы и межгрупповыми.

Конфликт «Война с собой» является внутриличностным. Он возникает в том случае, если два или больше «Я» одного человека тянут его в разные стороны. Человек следует за самым сильным «Я», но это приводит к внутренней дисгармонии. Метание из стороны в сторону не позволяет добиться цели ни одному из «Я». Эта внутренняя дезориентация человека может мешать ему нормально общаться и с другими людьми: он сегодня хочет от них одного, а завтра – другого.

Конфликт "Дуэль" – межличностный конфликт, предполагающий наличие двух участников, даже если эмоциональный дискомфорт при этом испытывает только один из них. У двух людей различные интересы, разная картина мира, они неодинаково воспринимают жизнь, разного ожидают друг от друга – все это может служить толчком к возникновению конфликта «Дуэль». Но причиной межличностного конфликта бывает и «Война с собой». Например, неуверенный в себе человек может даже безобидное замечание воспринять как удар по самолюбию – и возникает межличностный конфликт, который на самом деле является внешним проявлением внутриличностного конфликта.

Конфликт "Против кого дружим?" – это конфликт личность-группа. Чаще всего он, когда один член коллектива не принимается остальными, так как отличается от них своим поведением и/или мировоззрением. В конфликте «Против кого дружим?» нередко срабатывает психология толпы, когда сторонники большинства подпитываются идеями и энергетикой друг друга.

Конфликт "Стенка на стенку" является межгрупповым. Он может возникнуть как между членами одного коллектива, так и между странами или религиозными

группами. Примером может стать любая хрестоматийная война. У конфликта «Стенка на стенку» обычно есть заводицы, которые заражают свои группы отрицательными эмоциями по отношению к противникам. И если кто-то пострадал и конфликт становится полным - уже не только лидеры, но и представители воюющих сторон считают себя злейшими врагами.

Для того же, чтобы возник настоящий конфликт, должна быть или серьезная причина, или серьезная цель хотя бы у одного его участника. Вызовет ли спичка, брошенная в воду, пожар? Нет для этого надо, чтобы она упала на сухую солому. Понять причину можно с помощью правильно заданных вопросов, которые начинаются с «Почему?». Но очень важно знать самое главное - цель конфликтующего: «Зачем?». Ведь на вопрос причины «Почему ты это сделал?» можно получить поверхностный ответ, ничего не говорящий о настоящей причине конфликта. Нужно идти дальше и задать проясняющий вопрос: «Зачем тебе это нужно?».

Конфликт ролей является самым глубоким из всех конфликтов, так как затрагивает глубокие слои личности. Роль - это своеобразная карта мира каждого человека. Она определяет восприятие себя и окружающих, ожидания от мира и от людей и поведение. Есть роли, которые как бы настроены на одну волну. Люди, играющие их, воспринимают мир примерно одинаково, их радуют и огорчают похожие события. Но нет плохих и хороших ролей, и очень трудно изменить роль человека.

Встречается также конфликт неоправданных ожиданий. В идеале, не стоит чего-то ждать от других людей, но на самом деле человек не в состоянии так делать. Конфликт неоправданных ожиданий может быть очень тяжелым и эмоциональным, если в него вовлечены родные, близкие, любимые, друзья... Люди надеются на то, что их ожидания оправдаются, и испытывают негативные эмоции, если этого не случается. Полностью избежать конфликтов неоправданных ожиданий невозможно, зато уменьшить вероятность их возникновения и глубину вполне реально. Для этого не стоит слишком многого ожидать от людей дальнего окружения - знакомых, сослуживцев, и пр. Если они будут выполнять свои обязательства и при этом вести себя корректно - уже спасибо. Но если, несмотря на невозможность получить желаемое, человек продолжает этого ожидать, он обрекает себя на конфликт. Тогда ожидание - это не что иное, как запланированная обида.

Конфликт интересов (я хочу что-то делать, а ты нет) проще, чем два предыдущих, и его можно просто решить с помощью переговоров.

Если у вас существует конфликт, спросите себя: Чего я хочу от партнера? Зачем мне это нужно? Какие интересы партнера ущемляю я? Зачем это мне? Если я ущемляю его интересы, так как это подтверждает мою роль, то, возможно, конфликт более глубок. Насколько важно для меня достичь желаемого? Почему это так важно? Какие цели я преследую и в чем не могу уступить? Важно и до, и после переговоров по разрешению конфликта помнить об этих целях. Тогда борьба за свои интересы не сможет разрушить отношения, которые важны для вас. Задайте те же самые вопросы и относительно вашего партнера, чтоб понять ситуацию с двух сторон.

Конфликт «слайдов» - конфликт, при котором участники ограничиваются только своим видением ситуации, совершенно не желая понять партнера, часто опираясь на прошлый негативный опыт. Негативная эмоция возникает как реакция на придуманную, а не реальную ситуацию.

Конфликт «Повод для войны» - конфликт, возникающий при долгом накоплении негатива внутри себя, когда начинают раздражать самые мелкие вещи и ближайший повод может привести к вспышке.

Конфликт «Подтверждение роли» - провоцирующий конфликт человек специально ведет себя таким образом, чтобы получить определенную реакцию от своего оппонента, при этом он может даже специально вызвать агрессию, чтоб подтвердить свой статус жертвы.

Конфликт "Источник адреналина" - если человеку не хватает эмоций, то он вынужден искусственно создавать ситуации, являющиеся их эмоцией. Если вы ловите себя на том, что сами создаете конфликт ради получения адреналина, постарайтесь наполнить свою жизнь эмоциями, не связанными с провокациями. В том случае, если вам приходится общаться с человеком, использующим вас в своей игре как донора эмоций, осознайте это и не реагируйте. Что бы ни делал провокатор конфликта, к вам конкретно это не имеет отношения, просто только получив свою «дозу» адреналина, провокатор может временно успокоиться.

Конфликт недопонимания является самым неглубоким и встречается чаще всего. Происходит он потому, что одна сторона неверно понимает другую, только и всего. Если собеседники будут расшифровывать то, что проговаривают, особенно выражения, которые могут быть по-разному истолкованы разными людьми («хорошо», «плохо», «быстро», и пр.), то шансов для возникновения конфликта недопонимания будет мало.

Любой конфликт может быть условно развиваться по определенному сценарию, даже если внешне выглядит как некий хаотический обмен нелюбезностями. В сценарии конфликта, как в литературном произведении, присутствует экспозиция, в которой зритель знакомится с главными героями, завязка, когда герои попадают в ту самую драматическую ситуацию, которая приведет к усложнению, усложнение, самая большая часть сценария, перипетии, в состав которых может входить одно или несколько усложнений, кульминация, развязка, за которой следует финал.

Конфликт по сценарию «Лужа»: идет человек по дороге - и вдруг лужа! Если она маленькая, ее можно обойти. Если большая и перекрывает всю дорогу, по ней можно пройти, намочив обувь и ноги. Впрочем, обувь высохнет, ноги - тоже. Все определяет то, какое решение примет человек. При этом за завязкой в сценарии сразу следует финал.

Конфликт, проходящий по сценарию «Болото», возникнув однажды из обыкновенной лужицы, не уменьшается, а все расширяется. Если из конфликта по сценарию «Лужа» можно быстро выйти, то тут через какое-то время не то что ногу из болота не вытащишь, но и весь с головой в него уйдешь. Конфликт по сценарию «Болото» характерен для закрытых коммуникативных сообществ, из которых сложно уйти, будь то семья или рабочий коллектив.

Конфликт по сценарию «Партизанская война»: вроде бы все спокойно, но это обманчиво, ведь за каждым движением противника внимательно следят "партизаны", которые стараются максимально навредить врагу. Партизанская война достаточно эффективна потому, что противникам друг друга не видно. Партизанские войны ведутся не только между реально воюющими странами или сторонами, они эффективны и в межличностных и межгрупповых конфликтах. Обычно это конфликт интересов, когда идет борьба за "место под солнцем". У «партизан» есть свои средства борьбы с противником. Вот некоторые из них: слухи и дезинформация, "безымянное вредительство" - общая негативная атмосфера. Конфликт по сценарию «Холодная война» - это абсолютная незаинтересованность сторон в каком-либо диалоге. Когда же он переходит в конфликт по сценарию «Объявленная война», то у него появляются шансы быть разрешенным, ведь теперь его участникам понятны и взаимные претензии, и эмоции друг друга. Теперь можно и объяснить ситуацию, и попытаться пойти навстречу партнеру. В крайнем случае оппонентам удастся понять, что разрешить конфликт мирным путем невозможно. Чем дольше конфликт разыгрывается

по сценарию «Партизанская война» или «Холодная война», тем больший урон наносится участникам, их отношениям и окружающим их людям.

Конфликт по сценарию «Великая китайская стена» кажется таким же непреодолимым, как и сама эта стена. Много ли может противопоставить человек системе? В этом случае конфликт можно назвать односторонним. Часто такую стену устанавливает социальный стереотип - устоявшееся, ставшее правилом для данного человека или общества отношение к какому-либо явлению социальной жизни. Социальные стереотипы не могут быть правильными или неправильными, так как являются абсолютно субъективными.

Основных периодов и этапов в развитии конфликта несколько. Начало конфликта: для признания конфликта начавшимся требуются три совпадающих условия: 1) первый участник сознательно активно действует в ущерб другому участнику; 2) второй участник осознает, что указанные действия направлены против его интересов; 3) оппонент предпринимает ответные действия против первого участника. Окончание конфликта - прекращение действий, направленных друг против друга.

В динамике конфликта можно выделить периоды: латентный (предконфликт), открытый период (собственно конфликт), завершение конфликта - переход к поиску решения проблемы и прекращению конфликта по любым причинам. Основные формы завершения конфликта - разрешение, урегулирование, затухание, устранение или перерастание в другой конфликт.

Что же происходит, если конфликты не разрешаются? Человек, не разрешающий свои конфликты, боится вступать в новые отношения. Для него новые люди - это потенциальные причины развития конфликтных ситуаций. У человека с неразрешенными конфликтами страдает не только эмоциональная сфера, но и тело. Человек может заболеть. Если другого нельзя простить, можно попробовать его пожалеть. Как только мы кого-нибудь простили или пожалели, то освободились от отрицательной эмоций, открыв двери положительным впечатлениям. Лишь в таком состоянии человек способен конструктивно разрешать другие конфликты.

Уйти от конфликта - иногда единственно правильное решение. Ну зачем связываться с пьяным в маршрутке или скандальным пациентом на приеме? Есть роли, которые подталкивают человека к уходу от конфликта: "я всегда прав" - такого не переспоришь; "избегающий негатива", "интеллигентный человек" - действует даже в ущерб себе; "слабак" - занижает свои шансы и сдается без боя; "трус" - может бояться

разрешать конфликт, потому что пытался это сделать, но потерпел неудачу; «миротворец» - не вступает в конфликты, так как считает, что рано или поздно оппоненты сами поймут, что неправы, и изменятся. Но конфликтов, требующих разрешения, все-таки намного больше.

Конфликт в организации - это форма проявления противоречий интересов, ожиданий, правил, возникающих при взаимодействии людей, которые входят в один коллектив. Какие конфликты возможны там? Во-первых, между правилами и реальной возможностью их выполнения: противоречия между необходимостью следовать правилам и возможностью или желанием делать это вызывают у подчиненных конфликт с организацией или с руководителем. Одной из причин конфликта правил и возможностей их выполнения является отсутствие прописанных процедур для их выполнения - тогда решения будут приниматься руководителем субъективно. Во-вторых, это конфликты, провоцируемые руководителем, плохо владеющим навыками управления: для лидера очень важно обладать эмоциональной компетентностью, ведь далеко не все вопросы решаются с помощью должностных инструкций. Некомпетентные руководители часто создают конфликты, используя в общении с подчиненными манипулятивные приемы, например, провоцирование моббинга (моббинг - форма психологического насилия в виде травли сотрудника в коллективе). Существуют также конфликты, вызванные тем, что подчиненные не заинтересованы в работе и ее результатах. Отсутствие заинтересованности может иметь разные причины - это и изначальная демотивированность сотрудника, и эмоциональное выгорание, и невозможность реализовать себя в данное время и в данном коллективе. Межличностные конфликты внутри коллектива также могут привести к тому, что человек будет просто отбывать рабочее время. Часто конфликты возникают из-за неэкологичного влияния подчиненных друг на друга или на руководителя. Нередко людям кажется, что, используя манипуляцию, результата можно достичь быстрее, но кому же понравится, если им управляют таким образом? Вот и возникает недовольство, а то и агрессия в прежде спокойном коллективе. Конфликт неоправдавшихся ожиданий в организации схож с таким же внутриличностным конфликтом, на котором мы останавливались ранее.

Многим известно, что существуют разные стили поведения в конфликтной ситуации: избегание, соперничество, приспособление, компромисс, сотрудничество; некоторые исследователи также добавляют сюда ассертивное поведение. Выбирайте

компромисс, когда проблема относительно проста и ясна, когда для разрешения конфликта у вас не так много времени или вы хотите разрешить его как можно быстрее. Стилль приспособления рекомендован, когда не очень волнует случившийся инцидент конфликта и есть понимание, что в этой ситуации намного важнее сохранить добрые отношения с кем-то, чем отстаивать свои интересы. Стоит рассмотреть сотрудничество, если предмет спора явно важен и стороны доброжелательны друг к другу. Конкуренцию стоит использовать, если существует сильная потребность защитить свои собственные интересы, жизнь, семью, имидж, или когда это ситуация, требующая мгновенного реагирования.

Посредник в переговорах - человек, отвечающий за организацию данного процесса, создающий эффективную коммуникацию и максимально возможные позитивные отношения между участниками переговоров. Посредниками при разрешении конфликта часто выступают родители, учителя, руководители. Их задача - не только разрешить конкретную ситуацию, но и дать участникам конфликта мастер-класс по проведению такого рода переговоров. Помощь посредника будет эффективной, если стороны хотят достичь согласия, все участники конфликта доверяют посреднику, он не принадлежит ни к одной из сторон, констатирует факты, абстрагируясь от собственных эмоций, разве что радуясь шагам оппонентов навстречу друг другу; посредник компетентен в обсуждаемых вопросах, следит за регламентом и этикой общения.

Существуют психологические ловушки, мешающие разрешить конфликт, всего их четыре. Ловушка интерпретации произошедших событий заключается в том, что если человеку известна только часть произошедшего, он старается додумать все, чего не знает. И так поступают все участники и свидетели события либо происшествия, а также те, кто получил информацию о случившемся в пересказе. Ловушка интерпретации мотивов: обычно мы считаем пояснения излишними, поскольку всем и так понятно, почему и зачем мы делаем то, что делаем, а нам понятны они. Третья ловушка - эмоций; есть люди, которые уверены, что большинство партнеров по общению являются вовсе не партнерами для них, а оппонентами. Но самая часто встречающаяся ловушка - это описание партнеру своих эмоций. Как же может исказиться из-за этого наше восприятие? «Иллюзия собственного благородства» - мы нередко полагаем, что являемся жертвой нападков злобного противника, моральные принципы которого весьма сомнительны. «Поиск соломинки в глазу другого» - каждый

из оппонентов ясно видит недостатки и погрешности другого, но не осознает таких-же недостатков у самого себя. «Двойная этика» - даже тогда, когда противники осознают, что совершают одинаковые поступки по отношению друг к другу, все равно собственные действия воспринимаются как допустимые, а действия оппонента – как нечестные и nepозволительные. «Все ясно» - каждый из партнеров чрезмерно упрощает ситуацию конфликта, причем так, чтобы это подтверждало общее представление о том, что его действия хороши и правильны, а действия партнера, наоборот, плохи и неадекватны.

Что необходимо для подготовки разрешения конфликта? Во-первых, определить участников конфликта, в том числе и скрытых. Во-вторых, получить максимум информации о произошедшем событии; в третьих - определить общую цель сторон. Необходимо уменьшить интенсивность отрицательных эмоций, и для этого при необходимости подождать. Дистанцироваться от конфликтной ситуации, подумать о том, какие потребности оппонента не удовлетворены, ведь во многих случаях человек вступает в конфликт ради удовлетворения своих потребностей. Важно прописать варианты разрешения конфликта, которые могли бы вас устроить, и определить свой вариант-максимум и вариант-минимум. Тот, кто идет к оппоненту с одним вариантом, является негибким переговорщиком: если партнер говорит ему «нет», то переговоры неминуемо заходят в тупик.

Решаем конфликт пошагово. Первый шаг: не действовать под влиянием эмоций. Если есть хоть малейшая возможность того, что вы неверно интерпретируете произошедшее или делаете ошибочный вывод о мотивах поступка партнера по общению, остановитесь. Второй шаг: узнать, как конфликт видит партнер?

Ничего нет полезнее для коммуникации и особенно для разрешения конфликта, чем вовремя заданные вопросы. Главное - не начинать с вопроса типа «Почему ты так поступил?», он требует отчета о поступках. А на этом этапе разрешения конфликта говорить о мотивах участников рано. Вопросы должны быть примерно такими: «Что вы имеете в виду, говоря (об этом)?», чтоб не навредить партнеру еще больше. Третий шаг: присоединиться к его эмоции. Шаг номер 4: поделиться с соперником уже своим взглядом на вещи. Затем рассказать о своих моделях. Далее - предложить такой результат, что не отказаться. Седьмой шаг - согласовать варианты разрешения конфликта с противоположной стороной. В случае, если один из партнеров не согласен с принятым вариантом, ему нужно объяснить причину, по которой именно

это решение является единственно возможным в данной ситуации. Это часто позволит сохранить хорошие отношения, даже если одна сторона не может удовлетворить требования и ожидания другой. Шаг восьмой: следить за исполнением и реализацией, реакцией на события. Девятый шаг: поблагодарить за сотрудничество.

Само понятие «конфликт» у людей ассоциируется с негативом. И это понятно, ведь при конфликте человек испытывает отрицательные эмоции. Однако правильно разрешенный конфликт, огорчая его участников в данный момент, может оказать очень полезным для развития отношений в целом. Часто договориться намного проще, чем мы думаем, даже находясь во власти неразрешенного конфликта.

Основные условия конструктивного разрешения конфликтов:

- Необходимо внимательно проанализировать свои ощущения и чувства в конкретных ситуациях. "Не на какие последствия, я не надеюсь в случае, если будет достигнуто соглашение?" Как же нужно вести себя в конкретной ситуации? - Будьте спокойнее, будьте над схваткой. Дайте партнеру «выпустить пар, потребуйте от партнера спокойно обосновать претензии. Сбивайте агрессию неожиданными приемами. Попросите сформулировать желаемый конечный результат и проблему как цепь препятствий. В любом случае дайте партнеру «сохранить свое лицо». Держитесь, как на острие ножа, в позиции "на равных". Не бойтесь извиняться, если чувствуете свою вину. Замолчите первым. Не характеризуйте состояние оппонента. Не надо давать оценки. Уходя, не хлопайте дверью. Говорите, когда партнер остыл. Независимо от результата разрешения противоречия старайтесь не разрушать отношения.

Проведем своеобразный тест:

- Нужно как можно полнее и правдивее уяснить для себя, что в действиях противника кажется мне неприемлемым;
- Нужно понять, какие мои действия в конфликтной ситуации неприемлемы для партнера;
- Необходимо определить, что именно стала причиной возникновения конфликта.
- Что бы я мог сделать, чтобы разрешить конфликт?
- Что бы мог сделать для этого мой партнер?
- Каковы наши общие цели, во имя которых необходимо выйти из конфликта?

Существует правило самоконтроля эмоций в кризисной ситуации - нужно уметь распознавать собственные эмоции, выделять ведущую в данный момент, и поддерживать свою высокую самооценку как основу конструктивного поведения.

Список литературы

1. Мельник Л. Практическая конфликтология для врача. – ФАКТ, 2012. – 159 с.
2. Дмитриев А.В. Конфликтология: Учебное пособие. – М.: Альфа-М, 2003. – 336 с.
3. Конфликтология: Учебник. Изд. 2-е, испр. / Под ред. А.С.Кармина. Серия «Учебники для вузов. Специальная литература». – СПб.: Издательство «Лань», 2000. – 448 с., ил.
4. Емельянов С.М. Практикум по конфликтологии. СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 368 с.: ил. – (Серия «Практикум по психологии»)
5. Анцупов А. Я., Шипилов А. И. Конфликтология. СПб.: Издательство «Питер», 2006.
6. Гришина Н.В. Психология конфликта. СПб: Издательство «Питер», 2008.
7. Белинская А.Б. Конфликтология в социальной работе. Издательство «Дашков и Ко», 2012. – 224 с.
8. Сорокина Е.Г. Конфликтология в социальной работе. Издание 2. Издательство «ACADEMIA», 2010. – 208 с.
9. Ворожейкин И. Е. , Кибанов А. Я. , Захаров Д. К. Издательство: М.: ИНФРА-М, 2004. – 240 с.
10. Шевчук Д. А. Конфликты. Избегать или форсировать? Всё о конфликтных ситуациях. Издательство: ГроссМедиа, РОСБУХ, 2009. – 331 с.