

3. Кон И. С. Клубничка на берёзке. Сексуальная культура в России. 3-е изд., испр. и доп. М. : Время, 2010. 608 с.
4. Кон И. С. Ребёнок и общество. М. : Академия, 2003. 336 с.
5. Фромм Э. Искусство любить. М., 1987. С. 24—26.
6. Овчарова Р. В. Психология родительства. С. 115.
7. Мид М. Мужское и женское. Исследование полового вопроса в меняющемся мире. М., 2004. С. 142.
8. Овчарова Р. В. Психология родительства. С. 122.
9. Там же. С. 123.
10. Там же. С. 125.
11. Клецина И. С. Психология гендерных отношений: теория и практика. СПб. : Алетей, 2004. С. 356—365.
12. Кон И. С. Ребёнок и общество. С. 74.
13. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования / Е. И. Артамонова [и др.] ; под ред. Е. Г. Силяевой. М., 2002. С. 94—97.
14. Алешина Ю. Е., Волович А. С. Проблемы усвоения ролей мужчины и женщины // Вопр. психологии. 1991. № 4. С. 74—82.
15. Там же. С. 81.
16. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования. С. 299.
17. Кон И. С. Ребёнок и общество. С. 101.

Материал поступил в редакцию 17.05.2015 г.

УДК 159.972+316.356

Е. Г. Богдан, М. А. Глыщук, И. С. Мирончук

Учреждение образования «Брестский государственный университет имени А. С. Пушкина», Брест

УСЛОВИЯ ДЛЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ

Введение. Согласно сведениям Всемирной организации здравоохранения пациентов, перенёвших трансплантацию органов, замещение отсутствующих или необратимо повреждённых патологическим процессом органов органами, взятыми от другого организма, становится всё больше. В психологическом плане данной категории граждан характерны выраженная тревожность, наличие депрессивных состояний, сопутствующие заболевания, ограничение в физическом и социальном функционировании. В настоящее время в отношении людей до и после трансплантации органов осуществляются мероприятия в рамках медицинской помощи по поддержанию функционирования организма в физиологическом аспекте с последующим планированием для них пересадки здоровых органов.

Анализ источников об актуальном состоянии и развитии мероприятий по социально-психологической реабилитации данной группы реципиентов ограничивается зарубежным опытом — развитие мероприятий в рамках «Школы пациентов».

Вопрос психологического здоровья и благополучия пациентов до и после трансплантации органов требует теоретических и практических разработок. Следует подчеркнуть, что ситуация, в которой находятся данные пациенты, имеет все характеристики для обозначения её понятием «кризисной ситуации», которая, по Ф. Е. Василюку, проявляется в невозможности эффективной жизнедеятельности в рамках прежнего самосознания [1]. Отсюда цель нашего исследования — изучить специфику переживания кризисной ситуации во взаимосвязи с самосознанием у пациентов до и после трансплантации органов.

Основная часть. Для выявления преобладающих стратегий совладания с трудными ситуациями использовался опросник «Познавательная регуляция эмоций» (Н. Гарнефски, В. Крайдж, Ф. Спинховен) [2]. Для изучения характеристик самосознания использовались проективные методы и беседа. Так, применялся приём из ТАТ (Г. Мюррей) — описание главного героя, с которым респонденты, как правило, идентифицируются, а значит раскрывают собственный внутренний мир. Анализ продуцируемых рассказов (две таблицы) позволяет зафиксировать процессы рефлексии. По ходу беседы испытуемых спрашивали, имеют ли они смысл жизни, а также просили отметить себя на шкале «люди, имеющие/не имеющие смысл жизни» (приём из методики Т. Дембо, С. Я. Рубинштейн) и объяснить выбор места. Последнее позволяет зафиксировать признаки наличия или отсутствия у них смысла собственной жизни, т. е. переживают ли они его в своей жизнедеятельности. В целях выявления дифференциации временной структуры и ценностно-содержательных аспектов образа «Я» применялся проективный приём ранжирования ценностей. Участникам индивидуально предлагался набор из 26 карточек, на которых были написаны ценности для процедуры ранжирования. Вслед за польским исследователем G. Polok (2007) все предлагаемые для ранжирования ценности были объединены в три группы: гедонистические (комфорт, счастье, спокойствие, самосовершенствование, доброжелательность, здоровье, дружба); утилитарные (безопасность, терпимость, креативность, время, работа, ответственность,

власть, материальные ценности); трансцендентные (я, любовь, мораль, родина, истина, семья, совесть, вера, честность, свобода) [3]. Поскольку нас интересовала временная структура образа «Я» — различия в содержании ценностей между «Я-реальным», «Я в будущем» и «Я в прошлом», — то ранжирование ценностей осуществлялось трижды. Сначала пациенты располагали карточки в соответствии с тем, какие ценности они предпочитали 5 лет назад («Я в прошлом»), второй раз определяли, что, на их взгляд, будет для них важно через 5 лет («Я в будущем») и затем, исходя из их значимости на данный момент («Я-реальное»). После данной процедуры им предлагалось определить содержание ценностей, чтобы с большей достоверностью отнести ту или иную ценность к одной из групп.

В исследовании участвовало 53 пациента отделений гемодиализа учреждений здравоохранения «Брестская областная больница» и «Брестская городская больница № 6» в возрасте от 23 до 69 лет (27 женщин, 26 мужчин).

В результате обработки полученных данных у пациентов выделены два состояния — депрессивное, не депрессивное; дезадаптивные, адаптивные стратегии совладания с кризисом; качественно разные уровни самосознания. Сравнительный анализ у каждого участника вышеуказанных нами личностных аспектов позволил выделить три типа переживания кризисной ситуации во взаимосвязи с самосознанием до и после трансплантации органов (рис. 1).

Первый тип переживания связан с низким/средним уровнем самосознания и делится на две группы (26,4% респондентов от всей выборки), исходя из того, до или после трансплантации органов находятся пациенты. Первую группу представляют лишь пациенты после трансплантации органов (15,1% от всей выборки), которым характерен низкий уровень самосознания. Их рефлексия носит описательный характер: при описании персонажа не употребляют слова, указывающие на рефлексивные процессы; не имеют опыт переживания внутренних противоречий и ситуаций выбора. Образ «Я» не дифференцирован: «Я в прошлом», «Я-реальное», «Я в будущем» идентичны (нет опыта самоизменения и механизма саморазвития). Ценностно-содержательные аспекты образа «Я», либо отсутствуют (не называют ценности вообще), либо гедонистического характера (удовольствие, комфорт, счастье). Респонденты этой группы полагают, что имеют смысл жизни, но признаков смысла собственной жизни у них не выявлено. При объяснении отметки на шкале они, как правило, говорят «не знаю». У данных пациентов отсутствуют показатели депрессии, выявлены лишь дезадаптивные способы совладания с кризисом: застревание; циклическое повторение; катастрофизация. Чувство когерентности у них ниже среднего и включает в себе сомнение в способности управлять жизненными ситуациями и то, что для решения кризиса стоит прилагать усилия. Содержание собственного внутреннего мира для них непонятно и нелогично.

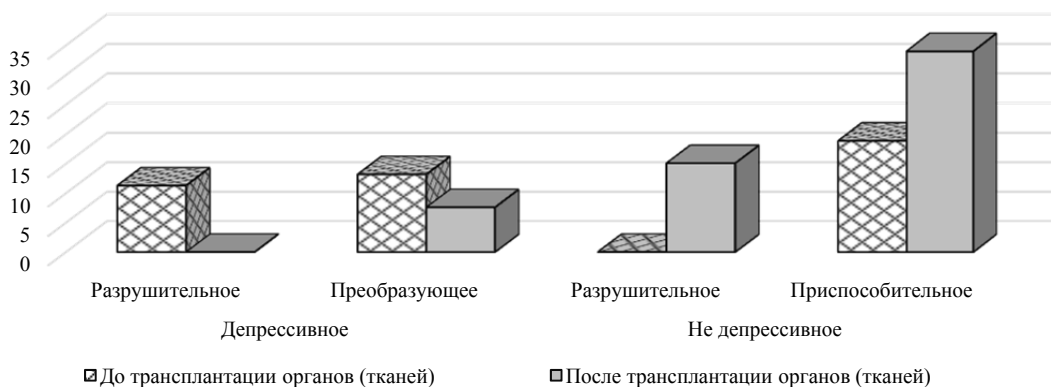


Рисунок 1 — Типы переживания кризисной ситуации во взаимосвязи с самосознанием у пациентов до и после трансплантации органов (в процентах от всей выборки)

Вторую группу первого типа переживания представляют лишь пациенты до трансплантации органов (11,3% от всей выборки), которым характерен средний уровень самосознания. У них рефлексия социально-психологического плана: при описании персонажа нет слов, указывающих на рефлексивные процессы; опыт переживания ситуаций выбора чаще всего отсутствует; выявлен опыт переживания внутренних противоречий. Пациенты этой группы дифференцируют лишь образ «Я в прошлом». Список ценностей данного «Я» отличен от «Я-реального»: наличие субъективного опыта самоизменения как осознание не только «Я-актуального», но и «Я-изменившегося». «Я-реальное» и «Я в будущем» у них идентичны. Ценности их образа «Я» либо отсутствуют, либо гедонистически-утилитарные (комфорт, польза, выгода). Участники данной группы полагают, что имеют смысл жизни, но признаков смысла своей жизни у них не выявлено. Объяснения ими отметки на шкале показывает опору лишь на собственные чувства: «поставил не думая». Данным респондентам характерны показатели внутреннего эмоционального неблагополучия, активная реализация стратегии самообвинения, депрессивное

состояние. Они реализуют лишь дезадаптивные стратегии совладания с трудностями (застывание, катастрофизация), которые несут в себе действия саморазрушительного характера и способствуют личностной регрессии. Чувство когерентности у них ниже среднего и включает в себе установку сомневаться в способности управлять ситуациями и то, что для решения кризиса стоит прилагать усилия. Собственный внутренний мир для них непонятен.

Очевидно, что до и после трансплантации органов самосознание пациентов со свойственными ему характеристиками низкого/среднего уровня развития способствует наличию у них сомнения в способности управлять своей жизнью, применение в кризисах лишь дезадаптивных способов совладания с ними. Тип переживания условно назван, как разрушительное переживание.

Второй тип переживания кризисной ситуации обнаружен у 52,9% пациентов от всей выборки: 18,9% — до трансплантации органов, 34% — после; 11,3% из них присущ низкий уровень самосознания, характеристики которого ничем не отличаются от первой группы первого типа. У 11,3% пациентов выявлен средний уровень самосознания. Их аспекты самосознания ничем не отличаются от второй группы первого типа. Для 11,3% участников также свойственен средний уровень самосознания. Но, в отличие от второй группы первого типа с таким уровнем самосознания, у данных пациентов обнаружен выбор эмоционального благополучия: переживание внутренних противоречий со стремлением снять напряжение, сохранить внутренний комфорт. Также они дифференцируют, но лишь образ «Я в будущем», т. е. осознают не только «Я-актуальное», но и «Я-потенциальное» (механизм саморазвития).

У 18,9% испытуемых второго типа обнаружена личностная рефлексия: при описании персонажа обнаружены слова, указывающие на рефлексивные процессы: анализирует, сопоставляет, размышляет и т. п.; выявлен опыт переживания внутренних противоречий и моральный выбор, указывающий на следующее. Данные участники опираются на чётко сформулированные ими самими нормы, правила, ценности, выбирая их, несмотря на обстоятельства и свои желания, включая в образ «Я» ценности трансцендентного содержания и дифференцируя «Я» по всему временному спектру (опыт самоизменения и саморазвития) — «Я-актуализированное потенциальное». Они полагают, что имеют смысл жизни, но объяснения отметки на шкале показывают отсутствие признаков смысла своей жизни. Их (ответы как правило, «у меня он есть») указывают на отсутствие умения опираться на собственные убеждения, знания, оценивать свои переживания, исходя из них.

У всех реципиентов второго типа переживания отсутствуют показатели депрессии, т. е. процессы совладания с кризисной ситуацией протекают на фоне относительной психологической нормы. Одна часть из них активно и гибко применяет дезадаптивно-адаптивные стратегии совладания с кризисом, т. е. находится на своеобразной границе между адаптацией и дезадаптацией. Чувство когерентности у них фиксируется показателями выше среднего и включает в себе установку надеяться на поддержку других, на то, что будущее будет иметь положительную окраску. Содержание собственного внутреннего мира для них непонятно. Другой части респондентов характерны адаптивные стратегии совладания с кризисом. Общепринято, что при адаптации человек избирает ту действительность, которая соответствует конструктивному ответу на требования ситуации и способствует личностному развитию. Однако чувство когерентности у данных пациентов характеризуется показателями ниже среднего и включает в себе установку сомневаться в способности самостоятельно управлять ситуациями и то, что решение кризиса стоит того, чтобы прилагать усилия. Содержание собственного внутреннего мира для них непонятно и нелогично. На основании этого можно заключить, что адаптивные стратегии несут в себе для пациентов, использующих их, действия саморазрушительного характера, способствуют личностной регрессии, не позволяя конструктивно решить трудные ситуации.

Очевидно, что второй тип переживания кризисной ситуации, названный, как приспособительное переживание, не связан с уровнем самосознания. При этом ни у кого из пациентов данного типа до и после трансплантации органов не выявлено признаков наличия смысла собственной жизни.

Третий тип переживания кризисной ситуации присущ 20,8% пациентов с личностной рефлексией (13,2% — до трансплантации, 7,6% — после). В отличие от респондентов второго типа, для которых характерен такой же уровень самосознания, эти участники реализуют трансцендентные ценности, включённые в образ «Я», на фоне переживания смысла собственной жизни. При этом найденный ими смысл жизни охватывает все сферы их жизнедеятельности, а не отдельную часть. Им характерны осознание совокупности своих мотивов и смыслов — личностная позиция, её осуществление, несмотря на обстоятельства как соотношение внешних и внутренних аспектов жизни, их осмысление, интегрирование в свой образ «Я». У данных респондентов чаще выявляется дифференциация образа их «Я» по всему временному спектру, т. е. субъективный опыт самоизменения и механизм саморазвития («Я-актуализированное потенциальное»). Однако некоторые из них могут и не дифференцировать образ «Я», что компенсируется наличием не только знания о том, что такое смысл жизни, но и оценки ситуаций, в том числе и кризисных, а также своих чувств, мыслей, исходя из имеющегося смысла собственной жизни. Возможно, именно это позволяет данным пациентам подняться над собственными ограничениями и слабостями, а поскольку смысл личной жизни заполняет полностью их образ «Я», то он и не дифференцируется ими во временном аспекте.

Пациенты третьего типа переживания, согласно шкале дезадаптации, обладают депрессивным характером в кризисной ситуации. При этом одна часть из них реализует лишь дезадаптивные стратегии

совладания с кризисом, а другая — дезадаптивно-адаптивные, не несущие в себе, однако, действия саморазрушительного характера. Очевидно, что на фоне вышеописанного личностного уровня самосознания и осуществления данными участниками смысла собственной жизни «здесь и сейчас» в реальной ситуации они конструктивно отвечают на трудности. Их чувство когерентности с показателями ниже среднего либо выше среднего также приобретает совершенно другой контекст. Так, они надеются на то, что продукт разрешения трудностей стоит того, чтобы прилагать усилия со своей стороны, поскольку связан лишь с их образом «Я»; верят в положительный исход, прилагая собственные колоссальные усилия для решения кризиса. Содержание собственного внутреннего мира, которое может быть для них непонятным и не логичным, они пытаются изменить, понять, логически сконструировать. Таким образом, третий тип переживания кризисной ситуации связан с высоким уровнем развития самосознания личности и с наличием смысла собственной жизни, обозначен, как преобразующее переживание.

Заключение. Анализ проведённого эмпирического исследования, показывает, что пациенты до и после трансплантации органов по-разному переживают кризис, связанный с этой ситуацией. Одни разрушают сами себя, обладая низким/средним уровнем самосознания. Другие приспособляются, что, оказывается, не связано с уровнем развития их самосознания, но разрушительно действует на личность. Третьи преобразуют свой образ «Я», демонстрируя высокий уровень развития самосознания и осуществление смысла собственной жизни. На основании этих данных можно утверждать следующее. Условием для психологического здоровья личности реципиентов до и после трансплантации органов выступает зрелость их самосознания, проявляемая в достижении высокого уровня его развития и во включении в образ «Я» ценностно-содержательных характеристик трансцендентного плана как поиск и осуществление смысла собственной жизни.

Список цитируемых источников

1. Василюк Ф. Е. Психология переживания: анализ преодоления кризисных ситуаций. М. : Изд-во Моск. ун-та, 1984. 200 с.
2. Лянцевич А. В. Кризисная психология : учеб.-метод. комплекс. Брест : БрГУ, 2014. 142 с.
3. Polok G. Preferencje aksjologiczne studentów jako wezwanie do dawania świadectwa dla chrześcijańskich pracowników nauki // Nauka—Etyka—Wiara-2007 : Konf. chrześcijańskiego forum pracowników nauki, Rogów, 18—21 października 2007. Warszawa, 2007. S. 263—276.

Материал поступил в редакцию 17.05.2015 г.

УДК 37.015.3

Г. В. Бороздина, Ю. П. Козловская

Учреждение образования «Белорусский государственный экономический университет», Минск

МОТИВАЦИОННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ БУДУЩИХ ПСИХОЛОГОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

Введение. Термин «мотивация» используется в современной психологии в двух смыслах: 1) мотивация — это система факторов, вызывающих активность организма и определяющих направленность поведения человека. Она включает такие образования, как потребности, мотивы, цели, намерения, стремления; 2) мотивация — это характеристика процесса, обеспечивающего и поддерживающего поведенческую активность на определённом уровне, другими словами — мотивирование. Таким образом, мотивация — это совокупность причин психологического характера, объясняющих поведение человека, его начало, направленность и активность.

Мотив достижения успехов — один из первых мотивов социального поведения, который стал предметом углублённого изучения в психологии. Особое внимание к данному мотиву было связано с тем, что ему приписывали успехи или неудачи в жизни людей. Стремление к успехам действительно является важной личностной характеристикой современного человека.

Общение — это одно из условий достижения успеха. В настоящее время в мире существует довольно много средств, форм и способов общения, и немалая часть из них так или иначе связана с современными техническими возможностями. По мнению И. Ю. Алексеевой, Н. В. Громыко, О. В. Новожиной, В. В. Тарасенко, символом современного технического прогресса является глобальная компьютерная сеть Интернет. Принято считать, что в Интернете активность индивида может развиваться в трёх направлениях: познание, общение, игра. Познание в Интернете не ограничивается лишь информационным поиском. Интернет — это не только хранилище информации, но и новый слой реальности современного человека. Если социальная реальность конструируется самими действующими