

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ**

УДК 159.9.072.42

DOI: 10.17223/17267080/61/4

**О.В. Волкова**

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (Красноярск, Россия)*

### **Перспективы применения комплексной модели исследования в разработке программы, направленной на диагностику, коррекцию и профилактику выученной беспомощности в онтогенезе**

*Обосновывается положение о том, что выученная беспомощность как форма организации жизнедеятельности является катализатором соматического нездоровья и детерминирует снижение сопротивляемости организма вредоносным воздействиям внешней среды, способствует развитию и обострению соматических заболеваний различной этиологии. Актуализирована значимость разработки культурно-исторической концепции генеза выученной беспомощности детей с ослабленным здоровьем и апробации комплексной модели исследования, направленной на диагностику, коррекцию и профилактику выученной беспомощности в онтогенезе.*

**Ключевые слова:** *выученная беспомощность; комплексная модель исследования; онтогенез; соматическое здоровье; диагностика; коррекция; профилактика.*

### **Введение**

Современная реальность предъявляет высочайшие требования к подрастающему поколению. Для успешного прохождения всех этапов взросления в актуальной действительности ребенок должен обладать достаточно высоким уровнем физического и психологического здоровья, оперировать большим объемом информации, касающейся окружающей действительности, которая с нарастающим темпом приобретает тенденции к изменчивости, владеть коммуникативными навыками в среде представителей разных поколений, сочетать в себе навыки как контроля своего поведения и деятельности, так и его гибкости в постоянно меняющихся условиях. Кроме того, предполагается, что все препятствия на пути взросления, попадающие в зону ближайшего развития ребенка, он в состоянии трансформировать в опыт без психологической травматизации, опираясь на данный опыт как на основание к переходу на новый этап развития.

Сочетание перечисленных качеств по своему содержанию в русле данного исследования близко к содержанию феномена «гармонически развивающаяся личность», который включает в себя такие компоненты, как наличие согласованности между внутренними (в структуре личности) и внешними (в системе «человек – общество») факторами, способствующими развитию личности; способность не только преодолевать жизненные трудности, но и привносить их в опыт в качестве неотъемлемых условий естественного процесса развития; становление предпосылок к развитию на каждом возрастном этапе посредством основных ведущих видов деятельности; наличие основных новообразований, обеспечивающих качественное функционирование личности в соответствии с возрастом.

Однако перечисленные требования современности к ребенку и сущность феномена «гармонически развивающаяся личность» наводят на мысль о противоречии с действительностью, которое подтверждается данными ВОЗ и рядом современных исследований (В.В. Николаева, Д.Н. Исаев, В.А. Ковалевский, Ж.Г. Дусказиева, В.О. Штумф), что практически все современные дети, относящиеся к категории психологически и физически здоровых детей, объективно нуждаются в разного характера психологической поддержке, необходимость которой вызвана целым рядом факторов, оказывающих негативное воздействие на развитие, адаптацию и «гармонизацию» личности. В число факторов, детерминирующих нарушение гармоничного развития ребенка, входят ослабленное соматическое здоровье, психологические особенности развития, особая социальная ситуация развития, а также дефицитарность среды в отношении материальных и духовных ресурсов, необходимых для полноценного развития детей.

В докладе Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, World Health Organization, WHO) здоровье рассматривается «как состояние физического, умственного, социального благополучия, а не отсутствие болезни или физических недостатков». Здоровье – это комплексная категория, которую следует понимать как физическое, так и психическое и психологическое здоровье:

- в физическом плане – умение преодолевать усталость, возможность действовать в оптимальном для себя режиме, нормальное функционирование возможностей организма;
- в психологическом плане:
  - а) интеллектуальное – проявление умственных способностей, любознательности, высокого уровня обучаемости;
  - б) социально-нравственное – честность, эмпатичность, коммуникабельность, терпимость;
  - в) эмоциональное – уравновешенность, эмоционально-эстетическая отзывчивость на прекрасное, способность удивляться и восхищаться [1].

Ухудшение состояния здоровья детей и подростков остается остроактуальным в течение последних лет. Статистика ВОЗ показывает, что наблюдается неуклонный рост затрат, связанных со здравоохранением, в

том числе с массовой заболеваемостью острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ). Это обусловлено целым рядом причин, в числе которых наиболее важное место занимает высокая заболеваемость детского населения. По данным ВОЗ, ребенок первого года жизни имеет от 2 до 12 эпизодов болезни; каждый школьник болеет за эпидемиологический сезон 4–5 раз; ребенок дошкольного возраста – 6 раз. Около 50% случаев гриппа и ОРВИ приходится на долю детей до 14 лет. Уровень заболеваемости вырос по всем видам болезней, 75% подростков имеют хронические заболевания. Увеличивается число детей, имеющих задержку психического развития по причине соматического нездоровья [2].

Дети, проживающие в мегаполисах, составляют самую большую группу риска заболеваемости сезонными и хроническими заболеваниями, в частности респираторными инфекциями. В числе причин, объясняющих этот факт, эпидемиологи включают высокую социальную активность детей, посещающих в день несколько организованных коллективов (образовательные учреждения, кружки, секции и т.п.), регулярное использование общественного транспорта, особенности детского возраста, характеризующиеся процессом формирования иммунной системы, постоянно подвергающейся негативному воздействию неблагоприятных экологических факторов. В число причин ослабленного здоровья детского населения медики традиционно включают фактор наследственности, связанный с низким уровнем здоровья родителей.

Тем не менее традиционная медицина все больше обращается в сторону психологических аспектов соматического здоровья населения и подтверждает утверждение психосоматического взгляда о том, что 30–40% частых и хронических заболеваний имеют психогенную основу.

Описанные выше тенденции и противоречия позволяют обосновать актуальность разработки культурно-исторической концепции генеза выученной беспомощности детей с ослабленным здоровьем и апробации кибернетической модели исследования, направленной на диагностику, коррекцию и профилактику выученной беспомощности в онтогенезе.

Соответственно, в качестве объекта данного исследования определена выученная беспомощность детей с ослабленным здоровьем.

Предметом исследования являются сущность, структура, условия формирования, генез выученной беспомощности детей с ослабленным здоровьем.

Основная цель исследования – разработка культурно-исторической концепции генеза выученной беспомощности детей с ослабленным здоровьем.

В качестве исследовательских задач работы были обозначены изучение теоретического опыта отечественных и зарубежных исследователей по проблеме выученной беспомощности; поиск методологических оснований в контексте культурно-исторической психологии для разработки культурно-исторической концепции генеза выученной беспомощности детей с ослабленным здоровьем; разработка методологического основания исследования, направленного на верификацию основных положений культурно-

исторической концепции генеза выученной беспомощности. Практическая значимость работы видится нам в решении задачи по разработке и апробации специальной модели исследования генеза феномена «выученной беспомощности» на разных этапах онтогенетического развития в контексте культурно-исторического подхода.

### **Обзор литературы**

В ситуации жизни современного ребенка можно отметить высокий уровень информационной и учебной перегрузки, несоответствие между требованиями социума и объективными возрастными возможностями ребенка, низкий уровень функциональной готовности к посещению детских садов и школ, низкую мотивированность детей к учебной и образовательной деятельности, особую (часто невротического характера) социальную обстановку в семье, замену непосредственного общения опосредованными контактами, искаженное понимание в семье феноменов «здоровье» / «болезнь», наличие психологических выгод от заболевания у ребенка и у родителей. Все эти факторы нарушают процесс адаптации и являются постоянным источником стресса, оказывающим разрушительное воздействие как на психологическое здоровье, так и на физиологически незрелый организм ребенка [2, 3].

О феномене «психологическое здоровье» сравнительно недавно в своих работах стала упоминать И.В. Дубровина, понимая под этим термином необходимое условие полноценного функционирования и развития человека в процессе его жизнедеятельности, напрямую связанное с физическим здоровьем человека [3].

Критерии нормы психологического здоровья ребенка напрямую связаны с особенностями основных этапов онтогенетического развития ребенка. Одним из значимых критериев психологического здоровья человека (в том числе и ребенка) является адаптация к социуму.

При анализе психологического здоровья через критерий адаптации были выделены следующие его уровни:

1) креативный уровень (высший уровень психологического здоровья) – дети, не нуждающиеся в психологической помощи, устойчиво адаптирующиеся к любой среде, обладающие резервом для преодоления стресса и активным творческим потенциалом;

2) адаптивный уровень (группа относительного риска) – дети в целом адаптированы к социуму, но характеризуются повышенной тревожностью, запас прочности психологического здоровья невысок;

3) низший уровень – дети, неспособные к гармоничному и эффективному взаимодействию с окружающими, характеризуются нарушениями поведения, конфликтностью, эмоциональной лабильностью, неуверенностью в себе, стремлением к изоляции (замкнутость интересов и потребностей в рамках ближайшего социального окружения), стойким эмоциональным дискомфортом (дисфорией), соматическими нарушениями [2–5].

В представленной классификации уровней психологического здоровья в рамках данного исследования особый интерес вызывает третий, низший уровень, по многим параметрам совпадающий с основными признаками выученной беспомощности.

Выученная беспомощность (learned helplessness) – это нарушение мотивации в результате пережитой субъектом неподконтрольности ситуации, в которой результат не зависит от прилагаемых усилий. Выученная беспомощность характеризуется таким состоянием индивида (как человека, так и животного), при котором он не пытается предпринять попыток избегания негативных стимулов. К специфическим признакам выученной беспомощности относятся пассивность, отказ от действия, нежелание изменить негативные обстоятельства или негативную среду при наличии возможности это сделать [6–9].

Выученная беспомощность – это состояние, возникающее в результате длительного по времени, неоднократно повторяющегося (реверсивного) воздействия (как позитивного, так и негативного), избегание которого является невозможным. В число факторов, способствующих формированию выученной беспомощности, включают стресс, неудачи, низкую самооценку, основанную на оценке извне, и, как следствие, низкий уровень притязаний [7, 8].

В качестве специфических характеристик выученной беспомощности описаны такие внешние ее проявления, как торможение поведения, ослабленная мотивация, нарушение познавательной активности и ее продуктивности, детерминация к появлению и укреплению психосоматических расстройств. Ряд исследований подтверждают, что пусковым механизмом формирования выученной беспомощности является негативный опыт осознания неподконтрольности событий в детстве и подростковом возрасте [6, 8, 10, 11].

Выученная беспомощность как форма организации жизнедеятельности является катализатором соматического нездоровья и детерминирует снижение сопротивляемости организма вредоносным воздействиям внешней среды, способствует развитию и обострению соматических заболеваний различной этиологии. Беспомощность формируется и «выучивается» постепенно, под воздействием не столько самого заболевания или осознания степени, характера влияния соматического статуса на деятельность и активность ребенка, сколько фактора социального реагирования на особенности соматического здоровья ребенка [6–8].

### **Методы и методики**

Сообразно цели и задачам исследования в качестве теоретико-методологической основы исследования выступают культурно-исторический подход в психологии [12]; положения о социальной ситуации развития и зоне ближайшего развития как важнейших условиях становления личности ребенка [12]; принцип системности [13–15]; психосоматический подход [16–18]; понимание феномена «выученной беспомощности» [7, 8,

19–22]; положения теорий о регуляторной функции психики, а также закономерностях и механизмах регулирования типов и видов активности [23–25]; теоретические представления о фиксированных формах поведения и их связи с процессом развития детей с ослабленным здоровьем [25–28]; современные представления о феномене внутренней картины болезни [29–32]; современные представления о феномене внутренней картины здоровья [33]; концепция «личностной беспомощности» [34].

### **Результаты и их обсуждение**

В текущем исследовании принимают участие соматически здоровые дети в возрасте от 6 до 18 лет (возрастные группы: старший дошкольный, младший школьный, средний школьный возраст (подростки), старший школьный возраст (юношество), не предъявляющие соматических жалоб, не имеющие в анамнезе хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем, у которых при обследовании (опираясь на данные медицинских карт и карт индивидуального развития ребенка) не найдено отклонений от установленных границ нормы (150 человек), а также их ближайшее социальное окружение: семья, близкие (260 человек). Вторую группу участников исследования представляют практически здоровые дети в возрасте от 6 до 18 лет (возрастные группы: старший дошкольный, младший школьный, средний школьный возраст (подростки), старший школьный возраст (юношество), имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, не сказывающееся на функциях жизненно важных органов и не влияющее на трудоспособность (150 человек), а также их ближайшее социальное окружение: семья, близкие (260 человек).

Исследование проводится с 2010 г. по настоящее время на базе следующих учреждений: Университетская клиника ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»; МБОУ «Общеобразовательное учреждение лицей № 3» г. Красноярск; МБОУ СОШ № 42 г. Красноярск; МАОУ «Общеобразовательное учреждение гимназия № 11 им. А.Н. Кулакова» г. Красноярск; ДООУ 161 и ДООУ 136 г. Красноярск.

Критериями включения обозначены:

1. Возраст от 6 до 18 лет.
2. Здоровые – лица, не предъявляющие никаких жалоб, не имеющие в анамнезе хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем, у которых при обследовании не найдено отклонений от установленных границ нормы.
3. Практически здоровые – лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, не сказывающееся на функциях жизненно важных органов и не влияющее на трудоспособность.
4. Данные диагноза соответствуют общепринятым критериям по МКБ-10.

Критерии исключения представлены следующими характеристиками:

1. Лица в возрасте младше 6 лет и старше 18 лет.
2. Лица с соматическими заболеваниями в стадии обострения.
3. Лица с наличием тяжелой сопутствующей патологии в анамнезе (психические заболевания, ЧМТ, опухоли ГМ, эпилепсия).

Критерием преждевременного прекращения исследования является обострение соматического заболевания.

С целью реализации основных задач исследования был подобран диагностический инструментарий, представляющий собой комплекс взаимодополняющих методов и методик исследования, позволяющих детально осветить проблему генеза выученной беспомощности в процессе онтогенетического развития детей с ослабленным здоровьем.

В числе организационных методов реализуются сравнительно-генетический метод (сопоставление различных видовых групп по психологическим показателям); метод поперечных срезов (сравнение выбранных одних и тех же психологических показателей в отличных группах испытуемых); лонгитюдный метод – метод продольных срезов; комплексный метод (междисциплинарный подход).

В число эмпирических методов вошли наблюдение (внешнее, внутреннее, свободное, стандартизированное, включенное, стороннее); опрос (беседа, интервью, анкетирование, устный, письменный, свободный, стандартизированный); тесты (тест-опросник, тест-задание, проективный тест); анализ продуктов деятельности; эксперимент (естественный, лабораторный); методы коррекции (аутотренинг; групповой тренинг; способы психотерапевтического воздействия; обучение).

Для каждой группы выборки (этапа онтогенетического развития) соответственно возрастным особенностям нормы были подобраны диагностические методики, направленные на изучение особенностей восприятия собственного соматического статуса, уровня развития эмоциональной, мотивационной, волевой, когнитивной сфер, специфики детско-родительских отношений и особенностей взаимодействия с представителями ближайшего социального окружения. При диагностической работе с детьми раннего возраста отдавалось предпочтение проективным методам исследования (например, рисуночные проективные тесты «Человек и человек под дождем», «Несуществующее животное» и др.) и дидактическим играм («Выкладывание узора по образцу», «Домики», «Графический диктант» и др.). Тесты и опросники составили большую часть при работе с подростками и юношеством (Гиссенский опросник соматических жалоб, Методика диагностики личности на мотивацию к избеганию неудач Т. Элерса, Торонская алекситимическая шкала и др.) без пренебрежения тем не менее к проективным методам диагностики (рисуночные проективные тесты «Человек и человек под дождем», «Здоровье и болезнь»). При работе с родителями, с представителями социума были использованы опросники (например, «ОРО» Варга – Столина) и интервью.

Количественный (статистический) и качественный методы (дифференциация материала по группам, анализ) составляют группу методов обработки данных.

Общая схема исследования представлена на рис. 1.



Рис. 1. Графическая схема-дизайн исследования

С целью обоснования и построения оптимальной структуры комплексной модели исследования выученной беспомощности детей с ослабленным здоровьем в процессе онтогенетического развития нами был разработан алгоритм поиска факторов-признаков, особенности проявления которых будут служить своеобразными сигналами манифестации выученной беспомощности детей.

Структура алгоритма предполагает анализ особенностей проявления конкретных сфер жизни ребенка на каждом из возрастных этапов.



В число значимых факторов включены особенности восприятия ребенком собственного соматического статуса. В связи с тем, что в объектив данного исследования попадают дети с ослабленным соматическим здоровьем, важно понимать содержание аутопластической картины болезни, внутренней картины здоровья, а также осознание дефицитарных и ограничивающих особенностей собственного здоровья, компенсаторных сил и ресурсных состояний для соматического и психического состояния ребенка. Все структурные элементы аутопластической картины здоровья / болезни являются значимыми по содержанию, а именно: сенсорное восприятие на уровне соматических и психологических переживаний состояния болезни и здоровья, эмоциональное переживание собственного соматического состояния, наполненность когнитивной сферы ребенка знаниями о болезни и здоровье, а также направленность на здоровье / болезнь как мотивационный аспект понимания собственного соматического статуса и отношения к здоровью.

В содержание модели также вошли структурные элементы выученной беспомощности, взаимосвязь и взаимовлияние которых обоснованы в отечественных и зарубежных исследованиях: эмоциональная сфера, мотивационная сфера, волевое развитие ребенка, а также когнитивная сфера.

Среди факторов, детерминирующих особенности развития детей с ослабленным здоровьем, особое место занимает фактор детско-родительских отношений. Соответственно, анализ данного фактора был включен в структуру кибернетической модели исследования выученной беспомощности детей с ослабленным здоровьем.

Семья не является единственным фактором внешнего воздействия в процессе формирования (либо превенции развития) выученной беспомощности. Именно поэтому в структуру модели был включен анализ влияния значимых представителей социума, не являющихся представителями нуклиарной семьи: родственники, педагоги, психологи и т.п.

Структурные элементы, включенные в алгоритм исследования выученной беспомощности, послужили ориентиром в проведении отдельных точечных исследований на каждом из этапов онтогенетического развития детей с ослабленным здоровьем.

В группе детей старшего дошкольного возраста были организованы исследования по проблемам:

- особенности восприятия собственного соматического статуса старшими дошкольниками;
- анализ взаимосвязи уровня самооценки и тревожности часто болеющих детей 5–6 лет;
- специфика коррекции самооценки часто болеющих детей старшего дошкольного возраста;
- развитие воли старших дошкольников как предпосылка к формированию самостоятельности в начальной школе;
- развитие мотивационной сферы как форма профилактики выученной беспомощности старших дошкольников;

- специфика коррекции воли старших дошкольников через формирование отношения к здоровью;
- особенности развития воли часто болеющих детей старшего дошкольного возраста;
- взаимосвязь уровня развития когнитивной сферы и уровня соматического здоровья ребенка;
- влияние детско-родительских отношений на формирование самооценки часто болеющих детей старшего дошкольного возраста;
- позитивная эмоциональная поддержка взрослого окружения как одна из форм превенции выученной беспомощности старших дошкольников.

В группе младших школьников исследования были проведены по следующим направлениям:

- личностные особенности детей с ослабленным здоровьем 6–7 лет как основание к развитию феномена беспомощности;
- формирование ценностного отношения к здоровью в младшем школьном возрасте;
- особенности механизмов психологической защиты часто болеющих детей младшего школьного возраста;
- развитие самостоятельности как форма коррекции тревожности младших школьников;

коррекция эмоциональной составляющей в структуре выученной беспомощности учащихся младших классов;

- направление и формы развития коммуникативных навыков младших школьников;
- психологическое сопровождение младших школьников 2-й группы здоровья с низким уровнем учебной мотивации через внеучебные виды деятельности;
- развитие мотивации к учебе учащихся начальных классов (на примере учащихся 3-х классов);
- взаимосвязь типа детско-родительских отношений и процесса адаптации детей младшего школьного возраста к школьному обучению;
- психологическое сопровождение младших школьников при совершенствовании коммуникативных навыков как форма развития когнитивной сферы;
- влияние синдрома выученной беспомощности на успешность адаптации к школьному обучению детей младшего школьного возраста (6–7 лет);

- взаимосвязь типа детско-родительских отношений и процесса адаптации детей младшего школьного возраста к школьному обучению.

Исследовательская часть в группе детей подросткового возраста реализовывалась с акцентом на следующие вопросы:

- система корректирующих мероприятий, направленных на снижение ощущения беспомощности учащихся с ослабленным здоровьем (8–9-е классы);
- взаимосвязь алекситимии и качества жизни школьников;

- стрессоустойчивость школьников в период сдачи ГИА;
- влияние тревожности на психологическое и соматическое здоровье подростков;
- развитие самостоятельности детей 11–12 лет как форма профилактики выученной беспомощности;
- исследование уровня инициативности и осознания собственного потенциала у детей с ослабленным здоровьем (5–6-е классы);
- коррекционная программа, направленная на развитие воли у подростков с ослабленным здоровьем;
- апробация системы тренинговых мероприятий, направленных на формирование профессионального самоопределения в рамках психологического сопровождения старших школьников;
- повышение уровня инициативности педагогов как средство коррекции инициативности учащихся;
- особенности детско-родительских отношений как фактор, влияющий на развитие детских страхов.

Особенности юношеского периода позволили реализовать исследовательские задачи в следующих направлениях:

- особенности восприятия собственного соматического статуса подростком;
- влияние значимости творчества на ценностное отношение к здоровью подростка;
- особенности психологического сопровождения тревожных одинадцатиклассников, имеющих ослабленное соматическое здоровье;
- направления психокоррекции при работе с проблемой детских страхов в подростковом возрасте;
- психокоррекция стресса у подростков (на примере десятиклассников);
- специфика коррекции мотивационно-волевой сферы подростков с ослабленным здоровьем;
- коррекция выученной беспомощности в период юношества на примере 10–11-х классов.

**Обсуждение результатов.** Качественный анализ сырых данных, полученных в ходе реализации исследовательских задач по разработке комплексной модели исследования выученной беспомощности детей с ослабленным здоровьем, позволил структурировать основные направления дальнейшего исследования (таблица).

Из таблицы видно, что каждая возрастная категория характеризуется специфическим сочетанием маркеров выученной беспомощности, что может быть объяснено особенностями ведущего вида деятельности и спецификой возраста на каждом этапе онтогенетического развития. В качестве маркеров были обозначены наиболее дезадаптивные формы восприятия собственного соматического статуса, низкий (средний с тенденцией к низкому) уровень развития эмоциональной, мотивационной, волевой и когнитивной сферы в структуре личности ребенка, а также нарушения в системе детско-родительских отношений и взаимоотношений с ближайшим соци-

альным окружением. В каждой возрастной группе ряд факторов (3–5), наиболее ярко свидетельствуют о манифестации выученной беспомощности с ослабленным здоровьем.

**Результаты качественного анализа маркеров  
выученной беспомощности в онтогенезе**

Группы	Восприятие соматиче- ского ста- туса	Эмоции	Мотива- ция	Воля	Когнитив- ная сфера	Детско- родитель- ские отно- шения	Социум
Старшие дошкольники		✓		✓		✓	
Младшие школьники			✓			✓	✓
Подростки	✓	✓		✓	✓		✓
Юношество	✓		✓		✓		✓

Перспективной задачей текущего исследования является детальный статистический, корреляционный и факторный анализ полученных результатов.

При обосновании перспектив применения комплексной модели исследования выученной беспомощности в онтогенезе мы опирались на следующие принципы, вытекающие из теоретико-методологических оснований, заложенных в основу данного исследования:

1. Принцип единства диагностики и коррекции. Задачи по внедрению развивающей программы могут быть поставлены только при условии проведения серии диагностических мероприятий и получении достоверных результатов диагностики. Кроме того, сам процесс диагностики является параллельно и процессом профилактики выученной беспомощности.

2. Принцип комплексного подхода. Как диагностика, так и формирование должны проходить с максимальным учетом как внутренних (физиологических, касающихся возрастных особенностей, состояния здоровья в целом и пр.), так и внешних (взаимодействие со взрослыми и сверстниками, развитие в процессе освоения программы воспитания и образования и пр.) факторов.

3. Принцип единства сознания и деятельности. В основе данного принципа лежат положения ведущих отечественных психологов о признании решающей роли ведущего вида деятельности на каждом этапе развития личности ребенка.

4. Принцип интегративного подхода. Данный принцип предполагает использование в процессе проведения диагностических и формирующих мероприятий методов, разработанных в рамках различных теоретических концепций, сочетание каузальной и симптоматической коррекции.

5. Принцип гуманистического подхода. В рамках проведения психолого-педагогической коррекции и в процессе целенаправленного взаимодействия психолога с ребенком, родителями и педагогами данный принцип реализуется в создании климата взаимного доверия, безоценочности, принятия других, создания чувства психологической защищенности.

6. Принцип индивидуального подхода. Данный принцип предполагает использование в процессе формирующей части эмпирического исследования индивидуальных проявлений обобщенных норм (возрастных, нозологических) и учет особенностей формирования личности в условиях болезни.

7. Онтогенетический подход. Сущность данного подхода заключается в том, что диагностику и формирующие мероприятия необходимо соотносить с предстоящими этапами развития личности испытуемого, с зоной его ближайшего развития.

Кроме того, в процессе составления программы развивающих мероприятий будет учтено положение Л.С. Выготского о «качественно иной» ситуации развития ребенка с ослабленным здоровьем, которая проявляется в изменении активности, характера и объема общения со взрослыми и сверстниками, в изменении характера протекания основных видов деятельности, а также положения о «зоне ближайшего развития»

### **Заключение**

Поэтапное внедрение коррекционной программы, направленной на профилактику и снижение уровня проявления выученной беспомощности на разных этапах онтогенетического развития, проводится с учетом вышеобозначенных оснований. Коррекционная часть исследования направлена на работу с тремя основными субъектами, участвующими в становлении и укреплении беспомощности ребенка-подростка-юноши: ребенок-подросток-юноша с ослабленным здоровьем, члены семьи и субъекты образовательной среды. В процессе работы с каждой из категорий субъектов решается ряд специфических коррекционных и исследовательских задач.

Развивающая работа, касающаяся детей с ослабленным здоровьем и их родителей, направлена на создание жизненных перспектив, эмоционального комфорта и формирование у ребенка уверенности в себе.

Реализация данных задач может быть осуществлена через изучение проблем каждой семьи, установление доверительных отношений, развитие эмоциональной сплоченности ее членов и рефлексии воспитательных приемов родителей, формирование у них осознанного отношения к собственным трудностям в семейном общении. Формой организации работы с родителями могут послужить психологическое консультирование, просвещение, сопровождение и организация тренингов для родителей.

Внедрение развивающей программы ставит перед нами задачи, обращенные к педагогам, психологам и медицинским работникам. В число этих задач входит повышение психологической компетенции сотрудников образовательных учреждений в области возрастной и медицинской психологии в плане расширения и углубления теоретических знаний о психологических особенностях детей с ослабленным здоровьем, о способах развития личности детей в рамках семинаров, психологических консультаций и профессионально-ориентированных тренингов.

### Литература

1. Куковская В.А., Урбанович И.А., Гольцева Т.В. Критерии и методы оценки психологического здоровья детей дошкольного возраста // Успехи современного естествознания. 2008. № 10. С. 63–65.
2. Всемирная организация здравоохранения: официальный сайт. URL: <http://www.who.int/ru/>
3. Психологическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / под ред. И.В. Дубровиной. Екатеринбург, 2000. 176 с.
4. Хухлаева О.В. Тропинка к своему Я: Программа формирования психологического здоровья у младших школьников. М. : Генезис, 2001.
5. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками // Московский психотерапевтический журнал. 1994. № 2. С. 15–22.
6. Психологический словарь / под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. М., 1985. 431 с.
7. Селигман М. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни. М. : София, 2006. 368 с.
8. Seligman M.E.P. What You Can Change & What You Can't. N.Y. : Knopf, 1993. 359 p.
9. Циринг Д.А. Психология выученной беспомощности : учеб. пособие. М. : Академия, 2005. 120 с.
10. Забелина Е.В. Коммуникативная активность и беспомощность подростков: результаты формирующего эксперимента // Вестник Костромского гос. ун-та им. Н.А. Некрасова. 2008. № 5. С. 28–25.
11. Веденеева Е.В. Взаимосвязь мотивационного компонента личностной беспомощности и ведущей деятельности на разных возрастных этапах // Вестник Томского государственного университета. 2009. № 322. С. 186–189.
12. Выготский Л.С. Собрание сочинений : в 6 т. М. : Педагогика, 1984. Т. 4. 432 с.
13. Леонтьев А.А. Деятельный ум: (Деятельность. Знак. Личность). М. : Смысл, 2001. 380 с.
14. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. М. : Наука, 1984. 226 с.
15. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб., 2001. 705 с.
16. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. СПб. : Питер, 2008. 960 с.
17. Бройтигам В., Кристиан П. Психосоматическая медицина / пер. с англ. М., 1999. 373 с.
18. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М. : МЕД-пресс, 1998.
19. Dweck C., Davidson W., Nelson S., Bradley E. Sex differences in learned helplessness: The contingencies of evaluative feedback in the classroom and An Experimental Analysis // Developmental Psychology. 1978. № 14(3). P. 268–276.
20. Hiroto D. Locus of control and learned helplessness // Journal of Experimental Psychology. 1974. № 102. P. 187–193.
21. Maier S.F., Seligman M.E.P. Learned helplessness: Theory and evidence // Journal of Experimental Psychology: General. 1976. № 105. P. 46.
22. Overmier J.B., Seligman M.E.P. Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding // Journal of Comparative and Physiological Psychology. 1967. P. 63.
23. Анохин П.К. Системогенез как общая закономерность эволюционного процесса // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 1948. Т. 26, № 2. С. 81–99.
24. Абульханова-Славская К.А. Деятельность и психология личности. М. : Наука, 1980. 335 с.
25. Смирнова Е.О., Холмогорова В.М. Соотношение непосредственных и опосредствованных побудителей нравственного поведения детей // Вопросы психологии. 2001. № 1. С. 26–37.

26. Столин В.В. Семья как объект психологической диагностики // Семья и формирование личности. М. : Изд-во МГУ, 1981. С. 26–38.
27. Варга А.Я. Роль родительского отношения в стабилизации детской невротической реакции // Вестник МГУ. Сер. Психология. 1985. № 4. С. 32–37.
28. Залевский Г.В. Личность и фиксированные формы поведения. М. : ИП РАН, 2007. 336 с.
29. Лурия А.Р. Психологическое наследие: избранные труды по общей психологии / под ред. Ж.М. Глоzman, Д.А. Леонтьева, Е.Г. Радковской. М. : Смысл, 2003. 431 с.
30. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1991. С. 18–22.
31. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987. 166 с.
32. Исаев Д.Н. Психология больного ребенка. СПб., 1993. 75 с.
33. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Кн. 1 : Концептуальные основы психологии здоровья // Психология здоровья. СПб. : Речь, 2006. 384 с.
34. Циринг Д.А. Структура личностной беспомощности: постановка проблемы // Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2005. № 15 (55). С. 176–180.

*Поступила в редакцию 15.10.2015 г.; повторно 25.06.2016 г.; принята 30.06.2016 г.*

**ВОЛКОВА Олеся Владимировна**, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии с курсом ПО ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Красноярск, Россия).  
E-mail: olesyavl.volkova@mail.ru

**POSSIBILITIES OF CYBERNETIC RESEARCH MODEL IN THE DEVELOPMENT OF THE PROGRAM DIRECTED ON DIAGNOSTICS, CORRECTION, AND PREVENTION OF “LEARNED HELPLESSNESS” IN ONTOGENESIS**

*Siberian journal of psychology*, 2016, 61, 47–63. DOI: 10.17223/17267080/61/4

**Volkova Olesya V.** Krasnoyarsk State Medical University named after the academician V.F. Voyno-Yasenetsky of Russian Federation Health Ministry (Krasnoyarsk, Russian Federation).  
E-mail: Olesyavl.volkova@mail.ru

**Keywords:** learned helplessness; cybernetic research model; ontogenesis; somatic health; diagnostics; correction; prevention

The article attempts to update the problem of correlation and interrelation of physical and psychological health. The analysis of the research projects devoted to the identification of the reasons of the weakened children's health is provided. The conclusion that norm criteria of a child's psychological health are directly connected with features of the main stages of ontogenetic development of a child. Relevance of the research proves the statement that “learned helplessness” as a form of activity organization is the catalyst of a somatic illness and it weakens the body resistance to harmful influences of the environment, it promotes and intensifies somatic diseases of various etiologies. This statement allows proving the relevance of the cultural and historical concept to study the genesis of “learned helplessness” among children with poor health, and it allows testing the cybernetic research model aimed at diagnostics, correction, and prevention of “learned helplessness” in ontogenesis. Prospects and the practical importance of the research consist in grounding the cultural and historical approach to study the essence of “learned helplessness” as the methodological basis allowing to study genesis, structure, prerequisites, and the mechanisms of formation of “learned helplessness” according to current trends in psychological science because this approach is a fundamental tool in developing conceptual grounds and creating the integrated model of studying “learned helplessness” among children with poor health. In the course of the research the author generalizes that “learned helplessness” represents a specific characteristic of children with poor health which is a

result of a special children's perception of their own somatic status refracted through a prism of understanding of an internal picture of an illness and an internal picture of health, undergoing the direct effect of specific parental attitude and perception of the identity of a child with poor health, which has its grounds at preschool age and remains during the entire period of formation and development of a person identity. One of the assumptions is that the cybernetic research model presented by a combination of quantitative and qualitative methods of natural scientific and phenomenological analyses would allow to carry out a descriptive, interpretive, and theoretical validity in cultural and clinical-psychological researches of intrinsic features of "learned helplessness" from the position of cultural and historical approach. The approved integrative medical and psychological educational support program to the subjects from a child's social and cultural environment, based on basic statements of cultural and historical approach towards genesis of "learned helplessness" contributes to the prevention and correction of "learned helplessness" among children with poor health in ontogenesis.

### References

1. Kukovskaya, V.A., Urbanovich, I.A. & Gol'tseva, T.V. (2008) Kriterii i metody otsenki psikhologicheskogo zdorov'ya detey doskol'nogo vozrasta [The criteria and methods for assessment of psychological health of preschool children]. *Uspekhi sovremennogo estestvoznaniya – Advances in Current Natural Sciences*. 10. pp. 63-65.
2. World Health Organization official website. (n.d.) [Online] Available form: <http://www.who.int/ru/>.
3. Dubrovina, I.V. (ed.) (2000) *Psikhologicheskoe zdorov'e detey i podrostkov v kontekste psikhologicheskoy sluzhby* [Psychological health of children and adolescents in the context of psychological service]. Ekaterinburg: Delovaya kniga.
4. Khukhlaeva, O.V. (2001) *Tropinka k svoemu Ya: Programma formirovaniya psikhologicheskogo zdorov'ya u mladshikh shkol'nikov* [The path to one's I: The programme of formation of mental health in primary school children]. Moscow: Genezis.
5. Kholmogorova, A.B. & Garanyan, N.G. (1994) Gruppovaya psikhoterapiya nevrozov s somaticheskimi maskami [Group psychotherapy of neurosis with physical masks]. *Moskovskiy psikhoterapevticheskiy zhurnal*. 2. pp. 15-22.
6. Petrovsky, A.V. & Yaroshevsky, M.G. (eds) (1985) *Psikhologicheskii slovar'* [The Psychological Dictionary]. Moscow: Politizdat.
7. Seligman, M. (2006) *Novaya pozitivnaya psikhologiya: Nauchnyy vzglyad na schast'e i smysl zhizni* [New Positive Psychology: Scientific opinion on happiness and meaning of life]. Translated from English. Moscow: Sofiya.
8. Seligman, M. (1993) *What You Can Change & What You Can't*. New York: Knopf.
9. Tsiring, D.A. (2005) *Psikhologiya vyuchenoй bespomoshchnosti* [Psychology of learned helplessness]. Moscow: Akademiya.
10. Zabelina, E.V. (2008) Kommunikativnaya aktivnost' i bespomoshchnost' podrostkov: rezul'taty formiruyushchego eksperimenta [Communicative activity and helplessness adolescents: the results Tats-forming experiment]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta im. N.A. Nekrasova – Vestnik of Nekrasov Kostroma State University*. 5. pp. 28-25.
11. Vedeneeva, E.V. (2009) Interrelation of the motivational component of personal helplessness and the leading activity on different age stages. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta – Tomsk State University Journal*. 322. pp. 186-189. (In Russian).
12. Vygotsky, L.S. (1984) *Sobranie sochineniy : v 6 t.* [Collected Works]. Vol. 4. Moscow: Pedagogika.
13. Leontiev, A.A. (2001) *Deyatel'nyy um: (Deyatel'nost'. Znak. Lichnost')* [An active mind (Activities, Sign, Personality)]. Moscow: Smysl.
14. Lomov, B.F. (1984) *Metodologicheskie i teoreticheskie problemy psikhologii* [Methodological and theoretical problems of psychology]. Moscow: Nauka.
15. Rubinstein, S.L. (2001) *Osnovy obshchey psikhologii* [Fundamentals of General Psychology]. St. Petersburg: Piter.



16. Karvasarsky, B.D. (2008) *Klinicheskaya psikhologiya* [Clinical Psychology]. St. Petersburg: Piter.
17. Broytigam, V. & Christian, P. (1999) *Psichosomaticeskaya meditsina* [Psychosomatic Medicine]. Translated from English by A. Bruenok, G. Obukhov. Moscow: Meditsina.
18. Mendelevich, V.D. (1998) *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya* [Clinical and Medical Psychology]. Moscow: MED-press.
19. Dweck, C., Davidson, W., Nelson, S. & Bradley, E. (1978) Sex differences in learned helplessness: The contingencies of evaluative feedback in the classroom and an Experimental Analysis. *Developmental Psychology*. 14(3). pp. 268-276. DOI: 10.1037/0012-1649.14.3.268
20. Hiroto, D. (1974) Locus of control and learned helplessness. *Journal of Experimental Psychology*. 102. pp. 187-193. DOI: 10.1037/h0035910
21. Maier, S.F. & Seligman, M.E.P. (1976) Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*. 105. pp. 46. DOI: 10.1037/0096-3445.105.1.3
22. Overmier, J.B. & Seligman, M.E.P. (1967) Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*. 63(1). pp. 28-33. DOI: 10.1037/h0024166
23. Anokhin, P.K. (1948) Sistemogenez kak obshchaya zakonomernost' evolyutsionnogo protsessa [Systemogenesis as the general pattern of the evolutionary process]. *Byulleten' eksperimental'noy biologii i meditsiny – Bulletin of Experimental Biology and Medicine*. 26(2). pp. 81-99.
24. Abulkhanova-Slavskaya, K.A. (1980) *Deyatel'nost' i psikhologiya lichnosti* [Activities and Personality Psychology]. Moscow: Nauka.
25. Smirnova, E.O. & Kholmogorova, V.M. (2001) Relation of immediate and mediate incentives of moral behavior of children. *Voprosy psikhologii*. 1. pp. 26-37. (In Russian).
26. Stolin, V.V. (1981) Sem'ya kak ob'ekt psikhologicheskoy diagnostiki [The family as an object of psychological diagnosis]. In: Bodalev, A.A. (ed.) *Sem'ya i formirovanie lichnosti* [Family and personality formation]. Moscow: Moscow State University. pp. 26-38.
27. Varga, A.Ya. (1985) Rol' roditel'skogo otnosheniya v stabilizatsii detskoj nevroticheskoy reaksii [The role of parental attitudes to stabilize the child's neurotic reactions]. *Vestnik MGU. Ser. Psikhologiya – Moscow State University Herald. Psychology*. 4. pp. 32-37.
28. Zalevsky, G.V. (2007) *Lichnost' i fiksirovannye formy povedeniya* [Personality and fixed forms of behavior]. Moscow: Institute of Psychology RAS.
29. Luriya, A.R. (2003) *Psikhologicheskoe nasledie: izbrannye trudy po obshchey psikhologii* [Psychological heritage: selected works on general psychology]. Moscow: Smysl.
30. Tkhostov, A.Sh. & Arina, G.A. (1991) Teoreticheskie problemy issledovaniya vnutrenney kartiny bolezni [Theoretical problems of studying the inner picture of disease]. In: Kabanov, M.M. (ed.) *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni pri nervno-psikhicheskoy i somaticheskoy patologii* [Psychological diagnostics related to the disease in the neuro-psychic and somatic pathology]. Leningrad: Leningrad Neuropsychiatric Institute. pp. 18-22.
31. Nikolaeva, V.V. (1987) *Vliyanie khronicheskoy bolezni na psikhiku* [The impact of chronic disease on the psyche]. Moscow: Moscow State University.
32. Isaev, D.N. (1993) *Psikhologiya bol'nogo rebenka* [The sick child psychology]. St. Petersburg: Neuropsychiatric Institute.
33. Ananiev, V.A. (2006) *Osnovy psikhologii zdorov'ya* [Fundamentals of Health Psychology]. St. Petersburg: Rech'.
34. Tsiring, D.A. (2005) Struktura lichnostnoy bespomoshchnosti: postanovka problemy [The structure of personal helplessness: to the problem]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta – Bulletin of the South Ural State University*. 15(55). pp. 176-180.

Received 15.10.2015;

Revised 25.06.2016;

Accepted 30.06.2016