

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ВЫУЧЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ ДЕТЕЙ

О.В. Волкова

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения
Российской Федерации (Красноярск, Россия)

Аннотация. Актуализирована проблема взаимосвязи выученной беспомощности с уровнем соматического здоровья в процессе формирования личности. В исследовании особая роль отводится специфическим новообразованиям, развитие которых связано со всеми периодами становления личности ребенка, начиная со старшего дошкольного возраста (5–7 лет) до юношеского возраста (15–17 лет). Фиксированным формам семейного поведения отводится значимая роль в формировании негативных тенденций в эмоционально-волевом, мотивационном, когнитивном развитии личности ребенка, так как семья в качестве системы зачастую реагирует теми паттернами, которые не способствуют продуктивным переменам и адаптации. Сочетание описанной ситуации с ослабленным здоровьем в детском возрасте, осознанием ребенком собственного соматического статуса в силу частых соматических или хронических заболеваний создает особую ситуацию развития ребенка на протяжении всего онтогенеза, препятствующую освоению навыка по преодолению трудностей, развитию воли и способности противостоять формированию феномена выученной беспомощности. Автор приходит к заключению, что изучение механизмов формирования и способов коррекции феномена выученной беспомощности важно организовывать с учетом фактора среды, на основе изучения освоенных посредством взаимодействия со средой способов поведения, механизмов закрепления и поддержания этих паттернов, а также их сочетания со специфическим физиологическим состоянием, обусловленным соматогенными факторами.

Ключевые слова: выученная беспомощность; соматическое здоровье; онтогенез; социокультурная среда; детско-родительские отношения.

Возможность быть успешным в процессе освоения и познания действительности, перспективы самореализации и жизненного самосо осуществления зависят не столько от уровня базового интеллектуального потенциала, сколько от личностных особенностей человека, сочетающих в себе мотивацию к преобразованию окружающей действительности, достаточный уровень волевого устремления, ориентированного на борьбу с трудностями, активную жизненную позицию, сопряженную с непрекращающимся саморазвитием и самовоспитанием. Основы такого активного познавательного и деятельного подхода к фор-

мированию собственной бытийности закладываются в семье, формируются под влиянием непосредственного окружения [1, 2].

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 [3–5].

До сравнительно недавнего времени выученная беспомощность была объектом изучения западных физиологов и психиатров и описывалась как феномен, формирующийся в период детства в определенных социальных условиях и затрагивающий все сферы психологического проявления человека [3, 4].

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 [3–7].

Тенденция к генерализации, т.е. распространение на все сферы жизни человека уже после первого рецидива в жизненной практике, обозначена основным свойством выученной беспомощности. Выявлено, что степень генерализации выученной беспомощности напрямую связана с характером прошлого опыта субъекта и его психологических установок [4, 5, 7].

Выученная беспомощность с позиции западной школы проявляется неспособностью воспринимать благоприятное сочетание внешних факторов для получения положительного результата деятельности, соответствующими негативными эмоциональными состояниями, такими как уныние, сниженное самоуважение, депрессия, тревожность, подавленность. Появляется дефицит в мотивационной сфере, характеризующийся отсутствием инициативы, упорства, настойчивости в достижении целей, активности. В зарубежных исследованиях выученную беспомощность принято рассматривать как состояние, возникающее в качестве реакции на неконтролируемые, преимущественно негативные события [3, 4].

В отечественных психологических исследованиях было выявлено устойчивое образование личностного уровня, представляющее собой совокупность личностных особенностей в сочетании с пессимистиче-

ским атрибутивным стилем, невротическими симптомами и определенными поведенческими особенностями и названное симптомокомплексом личностной беспомощности. Четырехкомпонентная структура личностной беспомощности включает в себя волевую, эмоциональную, когнитивную и мотивационную составляющие, основной чертой которых является дефицитарность [5–7].

Современные исследования позволили обнаружить, что данный симптомокомплекс формируется в онтогенезе под влиянием целой группы факторов, в том числе системы взаимоотношений с окружающими. Значимая роль в формировании личностной беспомощности отводится травмирующим событиям, в число которых входят частые соматические заболевания и рецидивы обострений хронических заболеваний [3–7].

Наряду с симптомокомплексом личностной беспомощности был выделен противоположный по своему психологическому содержанию симптомокомплекс, названный самостоятельностью, который характеризуется выраженной волевой активностью, оптимистическим мировосприятием, эмоциональной уравновешенностью, интратенсивной мотивацией, креативностью [5, 7].

Личностная беспомощность соотносится с выученной беспомощностью как свойство и состояние.

Выученную беспомощность принято рассматривать как состояние, возникающее в качестве реакции на неконтролируемые события и проявляющееся в ожидании неподконтрольности будущих событий и результатов деятельности. Личностная беспомощность является устойчивым образованием, включает в себя симптомокомплекс личностных особенностей, создающий предрасположенность к частому и лёгкому возникновению состояния выученной беспомощности [5, 6].

Считается, что выученная беспомощность формируется к восьми годам и отражает веру человека в степень эффективности его действий. К факторам возникновения беспомощности относят в том числе опыт переживания неблагоприятных событий при отсутствии возможности контролировать события собственной жизни; опыт наблюдения беспомощных людей; отсутствие самостоятельности в детстве, что зачастую обусловлено состоянием соматического здоровья ребенка или членов его семьи [3, 4].

Проблема выученной беспомощности, ее изучение с позиции психосоматического подхода видится нам актуальной в связи с растущим числом соматически ослабленных детей, рост и развитие которых происходит под непосредственным влиянием болезни, в ситуации искаженных форм семейного поведения [8–10].

Изучая проблему выученной беспомощности как феномена, формирующегося в онтогенезе, под воздействием внешних и внутренних

детерминант развития, таких как социальное окружение и физическое состояние организма человека, важно учитывать базовые положения культурно-исторической концепции происхождения психики человека Л.С. Выготского, в которой предпринята попытка разрешения проблемы происхождения и развития сознания человека.

Л.С. Выготский показал, что человек обладает особым видом психических функций, которые полностью отсутствуют у животных. Эти функции, названные Л.С. Выготским высшими психическими функциями, составляют высший уровень психики человека, обобщенно называемый сознанием. Они формируются в процессе социальных взаимодействий. Иными словами, высшие психические функции человека (сознание) имеют социальную природу. К высшим психическим функциям были отнесены: произвольная память, произвольное внимание, логическое мышление и др. [11].

Культурно-историческая концепция Л.С. Выготского включает в себя три взаимодополняющие части.

Первая часть содержит постулаты, описывающие соотношение человека с природным, естественным началом («Человек и природа»). Ее основное содержание можно сформулировать в виде двух тезисов. Первый – тезис о том, что при переходе от животных к человеку произошло кардинальное изменение отношений субъекта со средой. На протяжении всего существования животного мира среда действовала на животное, видоизменяя его и заставляя приспосабливаться к себе. С появлением человека наблюдается противоположный процесс: человек действует на природу и видоизменяет ее. Второй тезис объясняет существование механизмов изменения природы со стороны человека. Этот механизм заключается в создании орудий труда, в развитии материального производства.

Вторая часть концепции Л.С. Выготского посвящена соотношению человека и его внутреннего мира («Человек и его собственная психика») и состоит из двух положений. Первое положение заключается в том, что овладение природой не прошло бесследно для человека, он научился овладевать собственной психикой, у него появились высшие психические функции, выражающиеся в формах произвольной деятельности. Под высшими психическими функциями Л.С. Выготский понимал способность человека направить собственные усилия на запоминание некоторого материала, обратить внимание на какой-либо предмет, организовать свою умственную деятельность. Второе положение заключается в том, что человек овладел своим поведением, как и природой, с помощью орудий, но орудий специальных – психологических, или «знаков» [11].

Знаками Л.С. Выготский называл искусственные средства, с помощью которых первобытный человек смог овладеть своим поведением, памятью и другими психическими процессами. На ранних этапах развития психики знаки были предметны («узелок на память», зарубка на дереве). Сам по себе знак не связан с конкретным видом деятельности, его предназначение – напомнить о некоем действии, которое важно воспроизвести. Сами же «знаки», как правило, содержательно связаны с различными видами трудовых операций. Столкнувшись с подобным знаком-символом, человек соединял его с необходимостью выполнить какую-то конкретную операцию. Следовательно, подобные знаки выступали в качестве дополнительных символов, содержательно связанных с трудовой операцией [Там же].

Однако для того, чтобы выполнить эту трудовую операцию, человеку необходимо было вспомнить, что именно он должен сделать. Поэтому знаки-символы являлись пусковыми механизмами высших психических процессов, т.е. выступали в качестве психологических орудий.

Третья часть концепции Л.С. Выготского посвящена изучению генетических аспектов, а именно проблеме происхождения средств-знаков.

Основанием для третьей части культурно-исторической концепции послужил постулат, утверждающий, что человек как вид сформировался в процессе труда. В процессе совместно организованной трудовой деятельности происходило общение между ее участниками с помощью специальных знаков, определяющих конкретные функции каждого из участников трудового процесса. Предположительно первыми знаками-словами были слова-приказы, обращенные к участникам трудового процесса. Человек, услышав определенное сочетание звуков, выполнял ту или иную трудовую операцию. Но позднее, в процессе деятельности человек стал обращать команды не вовне, а внутрь себя. В результате вслед за внешнекомандной функцией знака-слова возникла его организующая функция. Человек научился управлять своим поведением. Следовательно, возможность приказывать себе рождалась в процессе культурного развития человека.

Считается, что на начальных этапах функции человека приказывающего и человека, исполняющего эти приказы, были разделены и весь процесс, по определению Л.С. Выготского, был интерпсихологическим, т.е. межличностным. Затем эти отношения превратились в отношения с самим собой, т.е. в интрапсихологические. Процесс превращения интерпсихологических отношений в интрапсихологические Л.С. Выготский назвал интериоризацией. В ходе интериоризации происходит превращение внешних средств-знаков (зарубки, узелки и др.) во внутренние (образы, элементы внутренней речи и др.) [Там же].

В онтогенезе, по мнению Л.С. Выготского, наблюдаются аналогичные механизмы. Сначала взрослый действует словом на ребенка, побуждая его что-либо сделать. Потом ребенок перенимает способ общения и научается воздействовать словом на взрослого. На третьем этапе ребенок начинает воздействовать словом на самого себя [Там же].

Таким образом, фундаментальные положения концепции культурно-исторического развития, разработанной Л.С. Выготским, заключаются в следующем. Высшие психические функции имеют опосредованную структуру. Процесс развития психики человека характеризуется интериоризацией отношений управления и средств-знаков.

Следовательно, высшие психические функции человека отличаются от психических функций животных по своим свойствам, строению и происхождению: они произвольны, опосредованы, социальные.

Для данного исследования значимым является тезис концепции Л.С. Выготского о том, что происхождение сознания человека связано с его социальной природой. Сознание невозможно вне общества. Специфически человеческий путь онтогенеза состоит в усвоении общественно-исторического опыта в процессе обучения и воспитания – общественно выработанных способов передачи человеческого опыта. Эти способы обеспечивают полноценное развитие психики ребенка [11].

Основоположник теории «выученной беспомощности» Мартин Селигман считает, что отношение к качественной стороне окружающей действительности и выбор оптимального поведенческого паттерна в сложных жизненных ситуациях формируются к периоду старшего дошкольного возраста. К этому же возрасту ребенок определяется с типичным, приемлемым для себя стилем восприятия окружающего мира: оптимистическим или пессимистическим [3, 4].

Этот стиль напрямую взаимосвязан с восприятием моделей поведения родителей, подражанием этим моделям как единственно наблюдаемым в течение всего детства, как единственному «инструменту» в освоении всего многообразия как позитивного, так и негативного жизненного опыта.

Однако М. Селигман указывает на то, что этот стиль не только присваивается в качестве модели поведения, он «совершенствуется» и укрепляется в детском сознании посредством таких методов, как критика со стороны родителей, педагогов и других представителей взрослого окружения. Выученная беспомощность, берущая силы из уже сформировавшегося в ребенке пессимистического восприятия жизни, укореняется в ситуациях жизненного кризиса, в ситуациях стресса, спровоцированных смертью близкого человека, развода в семье, рецидивов случаев насилия в семье, болезни близких, в связи с низким уровнем собственного здоровья ребенка и т.п. [3, 4].

Что бы ни происходило в жизни ребенка дома, в ближайшем внутрисемейном и внешнем социальном окружении, это непосредственно сказывается на формировании картины опыта ребенка как некой целостности восприятия картины мира. Важно, что в детском отношении не может быть нейтрального эмоционального реагирования. Случаи частого, систематического негативного опыта неизменно формируют пессимизм, характеризующийся генерализацией. И если помощь в преодолении негативного отношения к серии ситуаций своевременно не бывает оказана, то негативное отношение, ожидание отрицательного результата, ощущение тщетности любых усилий получить значимый, хороший, ценный, желаемый результат (все это составляет группу маркеров выученной беспомощности) предопределяет все реакции ребенка на ситуации в будущем. Подобное отношение достаточно устойчиво закрепляется, в том числе и в отношении процесса получения образования, что является серьезной проблемой системы воспитания и обучения на всех этапах образовательного процесса [12–16].

«Если ребенок не вполне справляется со школьной программой, то учителям и родителям проще всего сделать ошибочное заключение, что у него нет способностей или даже что он глупый. Ребенок станет подавленным, и выученная беспомощность, как и выученное поведение в ситуации преодоления трудностей, может препятствовать раскрытию его настоящего скрытого потенциала в будущем» [3. С. 18–21].

М. Селигман также указывает на существование трех принципиально значимых факторов, способствующих возникновению пессимистического стиля атрибуции событий действительности: прочность (устойчивость во времени и пространстве), распространенность (распространяемость на все сферы жизни) и персонализация. То есть причины, на счет которых человек относит все негативные события своей жизни, формируют ожидание негативных событий в будущем и, таким образом, способствуют длительным периодам депрессии и чувства ущербности. К примеру, дети, которые быстро отказываются от попыток преодолеть трудность в выполнении учебного задания, при первых же неудачах стойко убеждены, что у них никогда ничего не получается правильно, что им всегда не везет, и смысла пытаться достичь положительного результата они не видят. Более того, у них четко сформирована установка на то, что так будет всегда и что неудачи всегда будут препятствовать им в достижении желаемого результата, успеха. Постоянство подобных ожиданий формирует симптомы беспомощности, распространяющейся на все сферы жизнедеятельности ребенка, а впоследствии и на успешность самореализации взрослого человека.

Напротив, дети, сопротивляющиеся трудностям с упорством и не проявляющие симптоматики выученной беспомощности, уверены, что неприятности, неудачи и ошибки носят временный характер.

В своих исследованиях М. Селигман сравнивает два противоположных по содержанию в отношении заряженности оптимизмом-пессимизмом высказывания детей в ситуации объяснения причин неудовлетворительной отметки за выполнение задания. Первое: «У меня не получилось, потому что я – дурак», второе: «У меня не получилось, потому что я плохо подготовился». Само содержание таких характеристик, как время, пространство и персонализация, в этих двух выражениях отражает совершенно разные жизненные позиции [3, 4].

Если говорить о прочности, устойчивости во времени, то в первом высказывании есть четкая установка на постоянство, на то, что никогда не изменится: «Я – дурак, это навсегда, это не изменить». Относительно распространенности на прочие события жизни ситуация идентичная: «Я – дурак, я везде, во всем дурак». Что касается персонализации, то в приведенной фразе запечатлено негативное самоотношение ребенка, его заниженная самооценка, сниженный уровень самопритязаний как к образу, роли, перспективе самореализации, т.е. осознание полного отсутствия даже ее перспективной возможности.

Пессимизм и беспомощность отличаются тенденцией к глобализации: «Я неуспешен в этом конкретном деле, так чего вы ожидаете от меня в других делах?». Дети, склонные в большей степени к оптимизму, напротив, стараются четко разделить уровень своих успехов и способностей в зависимости от рода занятия и на основе реального опыта: «Я не очень хорошо учусь, зато здорово играю в футбол!». Ребенок, выучивший беспомощность, даже не станет пробовать других видов занятий, полагаясь на страх, а не на объективную оценку своих талантов, склонностей, интересов и физических данных: «Уж раз в школе не получается, нет смысла пробовать что-то еще» [Там же].

Персонализация (идентификация) себя как глупого, неуспешного, неумелого, неудачливого с течением времени становится характерологической особенностью и, подкрепляемая критическим отношением (оправдываемым как объективное: «Ведь это действительно так!»), формируется в состояние устойчивой депрессии. Причины всех бед видятся в самом человеке, никак не связываются с внешними обстоятельствами, укрепляется негативное самоотношение, низкая самооценка, формируется основа для невротизации.

Поиск способов профилактики и коррекции выученной беспомощности предполагает прежде всего поиск механизмов распознавания и смены полярности негативных идей-мыслей, автоматически проявляющихся и оперирующих в человеческом подсознании в момент

неудач и разочарования. Это относится в равной степени к детям и взрослым. Дети, имеющие негативный опыт, со временем свыкаются с присутствием отрицательно заряженных идей-мыслей, трансформирующихся в установки. Это становится привычным состоянием. И несмотря на то, что ребенок чувствует дискомфорт от этих размышлений, у него нет способности (навыка, метода) сопротивляться им [17].

Анализируя действие механизма возникновения пессимистических, «беспомощных» мыслей по поводу перспективы и результативности собственного действия (непреренно неудачного, ошибочного), можно обнаружить его сходство с механизмом процесса интериоризации человеческих отношений, описанных Л.С. Выготским в культурно-исторической концепции развития человека [11].

Аналогично тому, как интерпсихологические отношения с развитием психики в онтогенезе переходят во внутренний план личности и вбирают в себя все специфические особенности, знаки и символы, освоенные посредством внешнего взаимодействия с природным и социальным окружением, межличностные взаимоотношения ребенка со взрослым окружением, окрашенные пессимизмом, отсутствием позитивных подкреплений, внушением ребенку неумелости, неловкости, переносятся в его внутренний мир.

«Зарубки», «узелки памяти», отпечатки многократных ошибочных действий начинают выполнять функцию внутренних средств-знаков: образов действия, концептов внутренней речи, списка сводов правил и норм поведения.

Онтогенетически, на начальном этапе, взрослый оценивает действия ребенка извне: иницирует действие и оценивает его, зачастую негативно, недооценивая степень вложенных ребенком усилий и направленных интенций (часто ложно оправдывая это особой формой стимулирования, мотивирования). На следующем этапе ребенок, сам являясь инициатором действия и получая при первых попытках добиться желаемого результат, не соответствующий ожиданиям, убеждается в объективности внешнего отрицательного оценивания и прекращает попытки добиться результата, приближенного к идеалу.

На третьем этапе формирования внутреннего ощущения «выученной беспомощности» ребенок ограничивающе воздействует в отношении собственных действий, намерений, мотивов, воли, эмоций, мыслей, а следовательно, развития, интериоризованно – уже без помощи взрослого.

Таким образом, важнейшую роль в формировании выученной беспомощности на ранних этапах онтогенеза играет семья.

Исследования Д.А. Циринг и Е.В. Забелиной показали, что у родителей детей с личностной беспомощностью и у родителей самостоя-

тельных детей были обнаружены значимые различия в стилях воспитания [5, 6].

Родители беспомощных детей в большей степени склонны проявлять неустойчивость стиля воспитания. Кроме того, было выявлено, что воздействие материнского и отцовского стилей воспитания на формирование личностной беспомощности и самостоятельности существенно различаются. Матери беспомощных детей больше склонны к потворствованию, чем матери самостоятельных, чаще стремятся к максимальному и некритичному удовлетворению любых потребностей ребенка, превращая его желание в закон, а необходимость этого стиля воспитания аргументируют исключительностью ребенка, желанием дать то, чего они были лишены сами, отсутствием в семье отца. У детей с беспомощностью отцы, наоборот, менее склонны к некритичному удовлетворению любых потребностей ребенка, чем отцы самостоятельных детей. Можно предположить, что отцовское потворствование воспринимается ребенком как поощряющее самостоятельность, тогда как материнское – как подавляющее ее [5, 6, 14–16].

Анализ результатов исследования Д.А. Циринг и Е.В. Забелиной свидетельствует, что по сравнению с матерями самостоятельных детей матери беспомощных детей в большей мере проявляют гиперпротекцию, уделяют ребенку чрезмерно много времени, сил и внимания и его воспитание считают самым важным делом в жизни, склонны к чрезмерным требованиям-запретам (доминированию). Отцы в этих семьях, с одной стороны, не устанавливают четких границ и требований к поведению ребенка, закрепляют за ним неширокий круг обязанностей, не привлекают к домашним делам, а с другой – склонны к чрезмерности санкций (жесткому стилю воспитания), чаще остро реагируют на незначительные нарушения поведения, больше привержены к строгим наказаниям за невыполнение семейных требований, убеждены в пользе строгих наказаний и жесткого стиля воспитания [5, 6].

Выявлено также, что как матерям, так и отцам беспомощных детей свойственна проекция на ребенка собственных нежелательных качеств. Родитель в этом случае склонен видеть в ребенке те черты, наличие которых не хочет признавать в самом себе. Он ведет борьбу с этими качествами ребенка, как реальными, так и мнимыми, извлекая из этого эмоциональную выгоду для себя. Ребенку навязываются негативные роли, и это позволяет отцу или матери верить в то, что у них самих этих качеств нет. Родители демонстрируют подспудную уверенность, что ребенок «неисправим», что он «по натуре» такой [12–14, 17].

Со своей стороны ребенок может прилагать усилия к тому, чтобы «исправиться», но поскольку отец и мать уверены (и демонстрируют

это ему) в том, что измениться он не может, то реакция родителей на любой вариант его поведения остается той же. Таким образом, ребенок не может ощутить контроль над происходящим, что является важнейшей предпосылкой формирования беспомощности.

Кроме того, отцам беспомощных детей в большей степени свойственна склонность к инфантилизации ребенка, т.е. предпочтение в нем детских качеств. Дети становятся беспомощными у отцов, которые склонны воспитывать в ребенке роль-позицию «маленького». Такие отцы поощряют у детей сохранение детских качеств (непосредственность, наивность, игривость), они испытывают страх или нежелание взросления детей, воспринимают взросление скорее как несчастье. Отношение к ребенку как к «маленькому» снижает уровень требований к нему. Ребенок не получает в достаточной мере опыта преодоления трудностей, ответственности, активного влияния на ситуацию [9, 10, 12, 13].

Для данного исследования важной является тесная взаимосвязь выученной беспомощности с волевым развитием личности ребенка, которая проявляется безынициативностью, нерешительностью, низким уровнем организованности, настойчивости, целеустремленности, а также тесная взаимосвязь выученной беспомощности с соматическим статусом ребенка, который является одним из определяющих факторов как развития ребенка, так и организации всей социальной, предметной, воспитательно-образовательной среды [18].

В ситуации часто болеющего ребенка имеют место два специфических фактора: патологический, связанный с частыми нарушениями функций дыхания, общей астенизацией и гиподинамией ребенка, и материнский, фиксирующий внимание ребенка на его слабости, болезненности, невозможности делать то, что делают другие дети. Формирующиеся образы – «природное» и «культурное» тела – являются основой самоидентичности ребенка и его начинающей формироваться системы отношений, в том числе и познавательной позиции по отношению к окружающему миру [19–23].

С появлением у ребенка соматической симптоматики начинается процесс взаимодействия семьи с этой проблемой, т.е. соматическое заболевание влияет непосредственно на развитие детско-родительских отношений. В семьях, имеющих больного ребенка, нарушается психологическая система взаимоотношений, результатом чего является ее дефицитность, которая проявляется в проблемах в отношениях с матерью, вытеснении отца из психологической жизни семьи и, как следствие, нарушении нормального формирования личности ребенка [12, 20, 21].

С точки зрения субъективной картины болезни для детей с ослабленным здоровьем характерно амбивалентное отношение к ней. Так,

большинство детей понимают, что болезнь им мешает: нельзя ходить в гости, на улицу, нужно лечиться, принимать лекарства, иногда даже можно попасть в больницу. Но на неосознаваемом уровне болезнь для них более привлекательна, чем здоровье. Она «выгодна» ребенку, потому что дает ему возможность приблизиться к матери, получить некоторую эмоциональную поддержку в виде заботы и внимания [19–21].

В современных исследованиях психологи подчеркивают исходную основу, которая задает поляризацию родительского отношения. С одной стороны, главной характеристикой родительского отношения является любовь к ребенку, радость и удовольствие от общения с ним, стремление к его защите и безопасности, безусловное принятие и внимание, целостное отношение к нему. С другой – родительское отношение характеризуется требовательностью и контролем [9, 10].

В процессе анализа факторов, влияющих на отношение родителей к соматической болезни ребенка, выделяют следующие: невысокий уровень собственного здоровья; широкая информированность населения об опасностях тех или иных заболеваний, в результате которой родители испытывают постоянный страх за детей и окружают их гиперопекой; убежденность родителей в своих знаниях или незнаниях о конкретной болезни или детских болезнях вообще. В зависимости от этого одни родители сами лечат детей, другие «исправляют» назначения врачей, третьи водят ребенка от одного специалиста к другому. Эти обстоятельства проявляются различно в зависимости от индивидуальных психологических особенностей родителей. Родители, замечая трудности ребенка, порождают вторичную тревогу, усугубляющую болезненное его состояние [19–21].

Соответственно, для решения любой психолого-педагогической задачи в условиях болезни ребенка необходимо учитывать стиль взаимоотношений в семье, наличие семейных стереотипов в отношении болезни-здоровья. Большую роль при этом играет присутствие благополучного эмоционально-психологического климата в семье и эффективного родительского отношения к соматически больному ребенку.

С позиции психосоматического подхода можно говорить о том, что беспомощность формируется и «выучивается» постепенно, под воздействием не столько самого заболевания или осознания степени, характера влияния соматического статуса на деятельность и активность ребенка, сколько под воздействием фактора социального реагирования на особенности соматического здоровья ребенка [9, 10, 15].

Важным фактором, влияющим на развитие соматически больного ребенка, является внутренняя картина болезни (ВКБ). Оригинальная теоретическая модель становления ВКБ предложена в работах А.Ш. Тхостова, В.В. Николаевой. Особенность подхода состоит в том,

что авторы предлагают рассматривать процесс формирования ВКБ как особую форму познавательной деятельности (соматоперцепции), направленной на понимание новой жизненной ситуации – ситуации болезни и овладения ею, а также собственным поведением в новых жизненных обстоятельствах, обладающей собственным содержанием и специфичностью, но, тем не менее, подчиняющейся общепсихологическим закономерностям формирования, развития и функционирования [21, 24].

Д.Н. Исаев изучал ВКБ соматически больного ребенка как комплекс факторов различной природы, влияющих на проявление и течение заболевания ребенка: отношения в семье, успеваемость, наличие и характер внутрисемейных конфликтов.

Автор выделяет следующие составляющие ВКБ детей: объективные проявления болезни, особенности эмоционального реагирования личности, уровень интеллектуального функционирования, личный опыт (общежитийский и перенесенные заболевания), полученная и получаемая информация о здоровье, внутренних органах, болезни, ее причинах, лечении, смерти, отношение родителей и других лиц из окружения ребенка к его заболеванию, влияние медперсонала и врача на заболевшего, наличие других стрессоров. Д.Н. Исаев отмечает, что понимание происходящего в организме, возможность оценки болезненных переживаний зависят у ребенка от уровня психического развития [19].

Таким образом, анализ широкого спектра исследований, имеющих непосредственное отношение к поставленной проблеме, позволил выделить ряд наиболее значимых оснований в освещении проблемы феномена выученной беспомощности категории детей, имеющих ослабленное здоровье.

Изучение феномена выученной беспомощности целесообразно проводить с опорой на концепцию культурно-исторического развития психики Л.С. Выготского ввиду того, что отследить механизмы формирования симптоматики выученной беспомощности представляется возможным по аналогии с процессами интериоризации знаковой системы в ходе онтогенетического развития, описанными Л.С. Выготским.

В вопросе выявления факторов, детерминирующих развитие выученной беспомощности, важно учитывать роль социума, в рамках которого происходит формирование и развитие личности ребенка. Именно модели поведения представителей ближайшего взрослого окружения, их стиль атрибуции событий собственной жизни и событий жизни ребенка являются предпосылкой к формированию личностного оптимизма-пессимизма ребенка, который, являясь по сути типом атрибуции, позволяет либо не позволяет возникнуть и закрепиться феномену выученной беспомощности.

Особое своеобразие процесс развития ребенка в социальном плане приобретает в ситуации болезни. С этой точки зрения в изучении особенностей формирования выученной беспомощности в процессе онтогенеза важно учитывать основные положения психосоматического подхода. Возникновение особой, качественно иной ситуации развития ребенка, формирование специфических детско-родительских отношений в ситуации болезни формируют внутреннюю картину болезни, которая также является значимым конструктом, преломляющим через себя все события внешнего мира и процессы внутреннего плана.

В ситуации болезни беспомощность «выучивается» под воздействием не непосредственно соматической симптоматики или восприятия внутренней картины болезни, но в большей степени под воздействием фактора социального реагирования на специфический соматический статус ребенка. Стереотипизированные формы семейного поведения играют значимую роль в формировании негативных тенденций в эмоционально-волевом развитии личности ребенка, так как семья как система не способствует адаптации к новым условиям жизни ребенка в ситуации болезни, а в ряде случаев препятствует нормальному процессу развития в системе социальных отношений [12–14].

Фиксация членов семьи на определенном неэффективном типе родительского отношения к ребенку, неадекватное понимание явлений болезни и здоровья приводят к формированию выученной беспомощности. В силу особенностей взаимодействия в семье, обусловленных болезнью и являющихся критическими, восприятие матери своего отношения к ребенку преломляется через восприятие в семье образов болезни и здоровья и амбивалентное отношение к болезни ребенка, как со стороны его самого, так и со стороны матери [15–17].

Детальный подход к анализу степени разработанности и истории проблемы данного феномена подтвердил, что выученная беспомощность является сложным образованием, имеющим многофакторную зависимость, что в свою очередь обосновывает целесообразность построения интегрированной модели изучения выученной беспомощности с позиции психосоматического и онтогенетического подходов в рамках культурно-исторической концепции.

Поиск основных механизмов формирования и способов коррекции феномена выученной беспомощности важно организовывать с учетом фактора среды, на основе изучения освоенных посредством взаимодействия со средой способов поведения, механизмов закрепления и поддержания этих паттернов, а также их сочетания со специфическим физиологическим состоянием, обусловленным соматогенными факторами. Выявление степени и характера воздействия комплекса указанных структурных элементов как модели, формирующей выучен-

ную беспомощность в онтогенезе, начиная с периода дошкольного детства, и является перспективной целью данного исследования.

В организации воспитательного и учебно-образовательного процесса выученная беспомощность осложняет развитие личности ребенка, его интеллектуальное и духовное развитие в силу того, что он, имея достаточно высокий когнитивный потенциал, не обладает внутренними возможностями достичь высоких результатов в любом виде деятельности (игре, учебе, общении и т.п.), опираясь на собственное внутреннее ощущение неподконтрольности событий собственной жизни, страх перед трудностями, перед всем новым, низкую самооценку и сниженный уровень притязаний.

Внутренняя уверенность в неконтролируемости событий настоящего и будущего, основанная на негативном, неоднократно повторяющемся опыте событий прошлой жизни, приводит к фактической неспособности контролировать свою деятельность, инициировать, планировать ее, адекватно избирать цель деятельности, предвидеть качество ожидаемого результата.

Как следствие, это состояние оказывает прямое влияние на развитие воли, снижение мотивации, способность обучаться и испытывать позитивные эмоции в деятельности за счет доминирования таких отрицательных эмоций, как повышенный уровень тревожности, фрустрация, депрессия, чувство подавленности, ощущение безысходности, предопределенности бытия и печали.

Длительное присутствие всех факторов, способствующих беспомощности, неизменно приведет к формированию пессимизма, пассивности, устойчивого нежелания преодолевать трудности, объектного отношения к окружающей действительности, стремления переложить ответственность за последствия любой активности на внешние детерминанты.

Именно непреодолимое чувство неконтролируемости, безучастности, беспомощности, связанное с безрезультатностью усилий, а не тяжелые эмоциональные переживания, выступает в роли решающего фактора при запуске механизма формирования выученной беспомощности.

Сочетание описанной ситуации с ослабленным здоровьем в детском возрасте, осознанием ребенком собственного соматического статуса в силу частых соматических или хронических заболеваний создают особую ситуацию развития ребенка на протяжении всего онтогенеза, которая препятствует освоению навыка по преодолению трудностей, развитию воли и способности противостоять формированию феномена выученной беспомощности. В дальнейшем психосоматические расстройства закрепляются под воздействием выученной беспомощности и подкрепляются ею самой, что усложняет диагностику в плане

выяснения истинного пускового механизма в этом «замкнутом круге» (соматическая болезнь – выученная беспомощность).

Исследования, посвященные феномену беспомощности, показали, что ее основное негативное воздействие проявляется дефицитом в мотивационной, когнитивной, эмоциональной и волевой сферах личности. Первые проявления выученной беспомощности можно диагностировать в возрасте 7–8 лет при наличии опыта переживания неблагоприятных, стрессовых событий, сопровождающихся чувством неподконтрольности, наблюдения за опытом беспомощности в жизни других людей, ограничения свободы и самостоятельности с раннего детства в сочетании с привязывающе-подавляющими стилями родительского отношения.

Изучение специфики возрастных особенностей старших дошкольников, младших школьников, подростков и юношей с позиции онтогенетического подхода позволило обобщить и систематизировать те из них, которые могут способствовать действию механизмов формирования выученной беспомощности на протяжении всего периода развития ребенка.

Становление мотивационной, волевой, эмоциональной и когнитивной сфер происходит на протяжении всего онтогенеза. Каждый из периодов характеризуется более интенсивным развитием одной из них. Однако исследования показывают, что развитие всех перечисленных сфер характеризуется тесной взаимосвязью – характер и интенсивность развития каждой из структур неизменно оказывают влияние на развитие остальных.

Тем не менее анализ значимости развития каждого из структурных компонентов личности, подвергающихся разрушительному воздействию выученной беспомощности, позволил прийти к выводу о том, что система коррекционных мероприятий, направленных на развитие воли ребенка с ослабленным здоровьем в онтогенезе, может играть роль превентивных мер, противодействующих возникновению выученной беспомощности на всех этапах онтогенеза. Высокий уровень развития воли сможет способствовать развитию эмоциональной сферы личности (за счет позитивных эмоций, получаемых от удовлетворенности результатом деятельности и прилагаемых усилий и пр.), мотивационной сферы (благодаря подкреплению мотивов навыками поэтапного и стратегического планирования, умения предвидеть результат и т.д.), а также когнитивной составляющей личности (на основе нового опыта, усиления познавательной активности и большей самостоятельности в ведущей деятельности, свойственной определенному возрасту).

В целом, изучение медицинских и психолого-педагогических характеристик соматически ослабленных детей подтвердило целесооб-

разность опоры в исследовании выученной беспомощности на базовые положения концепции культурно-исторического развития психики человека, системного и психосоматического подходов. В процессе выявления особенностей формирования выученной беспомощности ребенка с ослабленным здоровьем важно учитывать степень и характер влияния комплекса биологических, социальных, психологических и духовных факторов, детерминирующих становление личности ребенка. В число факторов, исследование которых видится значимым, входят возрастные психологические особенности ребенка, восприятие ребенком собственного соматического статуса, особенности волевого развития личности ребенка на каждом из этапов онтогенетического развития, специфика детско-родительских взаимоотношений, а также специфика взаимоотношений ребенка с ближайшим социальным окружением.

Литература

1. *Логинова И.О.* Психология жизненного самоосуществления. М. : Изд-во СГУ, 2009. 279 с.
2. *Галажинский Э.В.* Некоторые психологические проблемы изучения самореализации личности // Современная психология: состояние и перспективы. М., 2002. Т. 2. 240 с.
3. *Селигман М.* Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни. М. : София, 2006. 368 с.
4. *Seligman M.E.P.* What You Can Change & What You Can't. N.Y. : Knopf, 1993.
5. *Циринг Д.А.* Психология выученной беспомощности : учеб. пособие. М. : Академия, 2005. 120 с.
6. *Забелина Е.В.* Коммуникативная активность и беспомощность подростков: результаты формирующего эксперимента // Вестник Костром. гос. ун-та им. Н.А. Некрасова. 2008. № 5.
7. *Веденеева Е.В.* Взаимосвязь мотивационного компонента личностной беспомощности и ведущей деятельности на разных возрастных этапах // Вестник Томского государственного университета. 2009. № 322. С. 186–189.
8. *Всемирная организация здравоохранения: официальный сайт.* URL: <http://www.who.int/ru/>
9. *Варга А.Я.* Роль родительского отношения в стабилизации детской невротической реакции // Вестник МГУ. Сер. Психология. 1985. № 4. С. 32–37.
10. *Столин В.В.* Семья как объект психологической диагностики // Семья и формирование личности. М., 1981. С. 26–38.
11. *Выготский Л.С.* Собрание сочинений : в 6 т. М. : Педагогика, 1984. Т. 4. 432 с.
12. *Авдеева Н.Н.* Роль матери и отца в развитии ребенка в раннем детстве // Дошкольное воспитание. 2005. № 3. С. 101–106.
13. *Гаврилова Т.П.* Психология семьи : сб. статей / сост. Т.П. Гаврилова. М., 2002. 165 с.
14. *Дружинин В.Н.* Психология семьи. М. : КСП, 1996. 160 с.
15. *Залевский Г.В.* Личность и фиксированные формы поведения. М. : Институт психологии РАН, 2007. Сер. Достижения в психологии. 336 с.

16. *Иванов В.И.* Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений // Вестник МГУ. 1993. № 1. С. 31–38.
17. *Батуринов Н.А.* Психология успеха и неудачи : учеб. пособие. Челябинск : Изд-во ЮУрГУ, 1999. 100 с.
18. *Конопкин О.А.* Психологические механизмы регуляции деятельности. М. : Наука, 1980. 255 с.
19. *Исаев Д.Н.* Психология больного ребенка. СПб., 1993. 75 с.
20. *Ковалевский В.А.* Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка. Красноярск, 1997. 122 с.
21. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. М., 1987. 166 с.
22. *Кравцова Н.А.* Самооценка и «я» функции личности подростков, страдающих психосоматическими расстройствами // Материалы Международной науч.-практ. конф. Проблемы здоровья личности в теоретической и прикладной психологии / под ред. Н.А. Кравцовой. Владивосток : Изд-во Мор. гос. ун-та им. Г.И. Невельского, 2011. С. 139–146.
23. *Мамайчук И.И.* Психологические аспекты здоровья ребенка // Психологические и этнические проблемы детства. СПб., 2003. С. 12–19.
24. *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.

ВОЛКОВА Олеся Владимировна, доцент, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии и педагогики с курсом медицинской психологии, психотерапии и педагогики П ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

E-mail: olesyavl.volkova@mail.ru

INTEGRATIVE APPROACH IN STUDYING THE LEARNT HELPLESSNESS PROBLEM OF CHILDREN

Volkova Olesya V. Krasnoyarsk state medical university named after Professor V.F. Voyno-Yasenetsky of Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Krasnoyarsk, Russian Federation)

E-mail: olesyavl.volkova@mail.ru

Keywords: learnt helplessness; somatic health; ontogenesis; social and cultural environment; children-parental relations

Abstract

The analysis of existing approaches to the study the learned helplessness led to the conclusion that there is a close connection between the emergence of the phenomenon, life experience of the person, cultural and historical characteristics of social environment and also his somatic status.

From the assumptions of the psychosomatic approach helplessness is formed and «learnt» gradually, under the influence of not only a disease or understanding the degree, nature of the somatic status influence on activity of the child, but also under the influence of social response factor to child's somatic health features. Fixed forms of family behavior play a significant role in the formation of negative tendencies in emotional, volitional, motivational and cognitive development of a child's individuality. Family as a system often

reacts using those patterns which don't promote productive changes and adaptation to them but on the contrary quite often hinder the individual development of certain members of a family as well as the whole family as a system. This situation hinders the development of skills for coping with difficulties, the development of will and the ability to resist the formation of «the learned helplessness».

Generalizing and systematizing the age-related characteristics of the senior preschool children, younger school students, teenagers and young men allowed us to study those features which can promote the operation of the learned helplessness mechanisms formation throughout the entire period of child development. Our search for the ways to prevent and correct the learned helplessness implies a search for the mechanism of recognition and polarity change of negative ideas-thoughts appearing and operating in human subconsciousness automatically at the moment of failure and disappointment.

The analysis concerning the development of each of the structural components of the personality allowed us to come to the conclusion that the system of correctional actions aimed at the development of will, can represent the preventive measures hindering emergence of learned helplessness at all stages of ontogenesis. The high level of will-power development is able to promote the development of the emotional sphere of a personality (due to the positive emotions, satisfaction as a result of some activity, efforts made etc), the motivational sphere (thanks to the reinforcement of motives by the skills of stage-by-stage and strategic planning, abilities to expect results, etc.), and also the cognitive sphere of personality (on the basis of new experience, strengthening the informative activity and greater independency in the leading activity peculiar to certain age).

The group of the factors, the study of which seems to be significant for the achievement of the research objective, includes age-related psychological characteristics of a child, perception of own somatic status by a child, characteristics of will development on each stage of ontogenesis, specific parent-child relationships, and also specific relationships of a child with immediate social environment.

References

1. Loginova I.O. *Psikhologiya zhiznennogo samoosushchestvleniya* [Psychology of life self-realization]. Moscow: SGU Publ., 2009. 279 p.
2. Galazhinskiy E.V. *Nekotorye psikhologicheskie problemy izucheniya samorealizatsii lichnosti* [Some psychological problems in the study of personality self-realization]. In: Abul'khanova K.A., Volovikova M.I., Zhuravlev A.L. (eds.) *Sovremennaya psikhologiya: sostoyaniye i perspektivy* [Modern psychology: Status and Prospects]. Moscow: Institute for Psychology RAS, 2002. Vol. 2, 240p.
3. Seligman M. *Novaya pozitivnaya psikhologiya: Nauchnyy vzglyad na schast'e i smysl zhizni* [New Positive Psychology: the scientific opinion on happiness and the meaning of life]. Moscow: Sofiya Publ., 2006. 368 p.
4. Seligman M. *What You Can Change & What You Can't*. New York: Knopf, 1993. 336 p.
5. Tsiring D.A. *Psikhologiya vyuchennoy bespomoshchnosti* [The psychology of learned helplessness]. Moscow: Akademiya Publ., 2005. 120 p.
6. Zabelina E.V. Kommunikativnaya aktivnost' i bespomoshchnost' podrostkov: rezul'taty formiruyushchego eksperimenta [Communicative activity and helplessness of adolescents: the results of the formative experiment]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta*, 2008, no. 5.
7. Vedeneeva E.V. Interrelation of a motivational component of personal helplessness and leading activity on different age stages. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta – Tomsk State University Journal*, 2009, no. 322, pp. 186-189. (In Russian).

8. *Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya* [World Health Organization]. Available at: <http://www.who.int/ru/>.
9. Varga A.Ya. Rol' roditel'skogo otnosheniya v stabilizatsii detskoj nevrolicheskoj reaktsii [The role of parental attitudes in stabilizing the child neurotic reactions]. *Vestnik MGU. Ser. Psikhologiya – The Moscow University Herald. Series: Psychology*, 1985, no. 4, pp. 32-37.
10. Stolin V.V. *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* [The family and formation of the individual]. Moscow: Research Institute of Psychology Publ., 1981, pp. 26-38.
11. Vygotskiy L.S. *Sobranie sochineniy: v 6 t.* [Collected works: in 6 vols.]. Moscow: Pedagogika Publ., 1984, vol. 4, 432 p.
12. Avdeeva N.N. Rol' materi i ottsa v razvitii rebenka v rannem detstve [The role of the mother and the father in child development in early childhood]. *Doshkol'noe vospitanie*, 2005, no. 3, pp. 101-106.
13. Gavrilova T.P. *Psikhologiya sem'i* [The Family Psychology]. Moscow, 2002. 165 p.
14. Druzhinin V.N. *Psikhologiya sem'i* [The Family Psychology]. Moscow: KSP Publ., 1996. 160 p.
15. Zalevskiy G.V. *Lichnost' i fiksirovannyye formy povedeniya* [The personality and behavioral pattern formation]. Moscow: Institute of Psychology RAS Publ., 2007. 336 p.
16. Ivanov V.I. Smysl bolezni v kontekste semeynykh vzaimootnosheniy [The meaning of disease in the context of family relationships]. *Vestnik MGU – The Moscow University Herald*, 1993, no. 1, pp. 31-38.
17. Baturin N.A. *Psikhologiya uspekha i neudachi* [Psychology of success and failure]. Chelyabinsk: South Ural State University Publ., 1999. 100 p.
18. Konopkin O.A. *Psikhologicheskie mekhanizmy regul'yatsii deyatel'nosti* [Psychological mechanisms of activity regulation]. Moscow: Nauka Publ., 1980. 255 p.
19. Isaev D.N. *Psikhologiya bol'nogo rebenka* [The psychology of a sick child]. St. Petersburg, 1993. 75 p.
20. Kovalevskiy V.A. *Razvitie lichnosti somaticheskii bol'nogo doshkol'nika, mlad-shego shkol'nika i podrostka* [Personal development of somatic patients in pre-school, elementary school and among adolescents]. Krasnoyarsk, 1997. 122 p.
21. Nikolaeva V.V. *Vliyaniye khronicheskoy bolezni na psikhiku* [The impact of a chronic illness on the psyche]. Moscow: Moscow State University Publ., 1987. 166 p.
22. Kravtsova N.A. [Self-esteem and "I"–functions of the adolescent's personality suffering from psychosomatic disorders]. *Materialy Mezhdunarodnoy nauch.-prakt. konf. Problemy zdorov'ya lichnosti v teoreticheskoy i prikladnoy psikhologii* [Proc. of the International scientific-practical conference "Health problems of the individual in theoretical and applied psychology"]. Vladivostok: Maritime State University Publ., 2011, pp. 139-146.
23. Mamaychuk I.I. *Psikhologicheskie aspekty zdorov'ya rebenka* [Psychological aspects of the child's health]. In: Nezhentsev M. V., Veselov N.G. (eds.) *Psikhologicheskie i eticheskie problemy detstva* [Psychological and ethical problems of childhood]. St. Petersburg: Rech' Publ., 2003, pp. 12-19.
24. Tkhostov A.Sh., Arina G.A. *Teoreticheskie problemy issledovaniya vnutrenney kartiny bolezni* [Theoretical problems of investigation of the internal picture of the disease]. In: *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni pri nervno-psikhicheskoy i somaticheskoy patologii* [Psychological diagnostics related to the disease in the nervous-mental and physical illness]. Leningrad, 1991, pp. 18-22.