

СМЫСЛОЖИЗНЕННЫЕ ОРИЕНТАЦИИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Е.В. Шарапановская (Барнаул)

Аннотация. Рассматриваются особенности психологического здоровья подростков, имеющих различные проявления перинатального поражения центральной нервной системы. Представлены результаты исследования жизненных смыслов подростков данной группы.

Ключевые слова: психологическое здоровье, антропология, смысл, перинатальное поражение центральной нервной системы (ППЦНС), социально-психологическая дезадаптация.

Консультативная и психокоррекционная работа со школьниками подросткового возраста показывает, что значительное количество из них имеет типичные проблемы, связанные с такими личностными особенностями, как инфантильность, несформированность жизненных смыслов, отсутствие чувства ответственности за свои действия и поступки и в целом за свою жизнь, неумение предвидеть последствия своих поступков, подверженность влиянию других людей. Эти особенности повышают риск возникновения социально-психологической дезадаптации у подростков. Многие из этих детей имеют в анамнезе перинатальное поражение центральной нервной системы (ППЦНС), приводящее к возникновению ряда особенностей психологического здоровья у подростков данной группы.

В настоящее время предлагаются различные варианты понимания психологического здоровья. Психологическое здоровье определяют не через отсутствие конфликтов и проблем, а через зрелость, сохранность и активность механизмов личностной саморегуляции, обеспечивающих полноценное человеческое функционирование. Выделяются определенные критерии психологически здоровой, полноценно функционирующей, самоактуализирующейся личности: эмоциональная стабильность, открытость внутреннему миру переживаний, самопринятие и самоуважение, конгруэнтность, ответственная свобода, стремление к самосовершенствованию [4]. В.И. Слободчиков опирается на выработанные общие представления о норме и указания на практические возможности ее обеспечения. Он считает, что основу психологического здоровья человека составляет нормальное развитие субъективной реальности в онтогенезе [12]. Б.С. Братусь считает, что в отличие от психического здоровья, которое трактуют как собственную жизнеспособность индивида, обеспеченную полноценным развитием и функционированием психического аппарата, личностное здоровье свидетельствует об ориентированности на приобщение к родовой человеческой сущности [2, 3]. Он предлагает модель психического (личностного) здоровья, основанную на представлениях о нем как о многоуровневой структуре.

Высшим является уровень личностного здоровья. Он определяется качеством смысловых отношений человека. Личностный смысл, таким образом, отвечает за про-

изводство смысловых ориентаций, определяет общий смысл и назначение своей жизни, отношение к другим людям, к себе.

Следующий уровень здоровья назван индивидуально-психологическим и характеризует способность к построению адекватных способов реализации смысловых устремлений. Низшим уровнем здоровья является психофизиологический, определяющий особенности внутренней мозговой, нейрофизиологической организации актов психической деятельности, обуславливающей как саму возможность функционирования процессов психического отражения, так и возможность строения динамических режимов этого функционирования.

Автор подчеркивает, что все нормы и системы находятся в динамическом внутреннем равновесии, создавая относительное постоянство диапазона условий, нужного для продуктивной работы психического аппарата.

Рассмотрим проблему, связанную с нарушением здоровья учащихся с легкими патологиями ЦНС в свете представлений о психическом здоровье Б.С. Братуся. Детей, имеющих в анамнезе ППЦНС, характеризуют специфические нарушения на низшем психофизиологическом уровне. Нарушения проявляются в виде задержки темпов и дисбаланса в созревании отдельных подструктур мозга, влияющего на координацию их деятельности, нарушение восприятия, двигательных функций и т.д. Изучением возможных причин, диагностикой нарушений и их лечением правомочно занимается медицина. Описание нарушений можно найти как в медицинской, так и в психологической литературе [5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16]. Нарушения на психофизиологическом уровне приводят к изменению качества протекания психических процессов, что, в свою очередь, меняет индивидуально-исполнительские способы реализации деятельности. При этом сохраняются элементарные уровни активности, а высшие формы организации сознательной деятельности существенно нарушаются [11]. Лобные доли мозга обеспечивают формирование стойких намерений, определяющих сознательное поведение человека, нарушение их функции приводит к «распаду сравнительно сложных программ деятельности и к замене их более простыми формами поведения либо инертными стереотипами, потерявшими связь с ситуацией. Лобная область играет главенствующую роль в форми-

ровании личностных, интеллектуальных особенностей личности, мотивационной, эмоционально-волевой, мыслительных (стратегических) звеньев интеллекта (ориентировка в проблемной ситуации, планирование, контроль). В этой связи нарушения при задержке темпов созревания лобных отделов головного мозга могут приводить к нарушению отношения человека к себе и миру, снижению возможностей критики и самокритики, контроля и самоконтроля, неспособности нести ответственность за события своей жизни, неразвитости, а в крайних случаях – отсутствию моральных, этических и эстетических ценностей [8].

Личностный уровень психического здоровья предполагает изучение жизненных смыслов и личностных ценностей, нравственной основы личности, проявляющейся в ее образе мира и мировоззрении как его ядре, содержащем «представления о наиболее общих свойствах, связях и закономерностях, присущих предметам и явлениям действительности, их взаимоотношениям, человеческой деятельности и взаимоотношениям людей, представления о характеристиках идеального, совершенного мира, общества и человека. Мировоззрение всегда несет в себе глубоко своеобразный отпечаток индивидуально-личностных особенностей, знания о мире образуют сплав с убеждениями, не всегда отчетливыми представлениями и бессознательными стереотипами» [10].

Закономерным будет предположить, что если поразили два из выделяемых в модели уровня психического здоровья, то можно ожидать наличие определенного количества особенностей или нарушений и в его высшем, личностном уровне. Эмпирические данные, результаты многолетнего социально-психологического наблюдения, анализа медицинских документов, а также причин обращений родителей и учащихся к психологам образовательных учреждений свидетельствуют о справедливости выдвигаемого предположения.

Известно, что основными содержательными характеристиками саморазвития выступают: ценностные ориентации, личностные смыслы, самооценка, мотивационно-волевые компоненты, целеполагание. Они определяют уровень зрелости личностных компонентов, их гармоничное сочетание, дают возможность человеку преобразовывать себя, организовывать самостоятельную деятельность по собственному самосовершенствованию [1].

К 14–16 годам смысловая структура мировоззрения личности в основном складывается, и в дальнейшем не претерпевает радикальных изменений.

В целях проверки предположения о возможных нарушениях в саморазвитии личности подростков, старшеклассников с ППЦНС нами был проведен ряд диагностических исследований, позволяющих изучить особенности смысловых и ценностных ориентаций старшеклассников. Для проведения сопоставительного анализа по всем диагностическим данным мы разделили подростков на две группы: условно здоровых (т.е. не имеющих в анамнезе ППЦНС и признаков социально-психологической дезадаптации) и тех, у кого в анамнезе есть какой-либо из видов ППЦНС и признаки социально-психологической дезадаптации. Были опрошены 80 учащихся 15-летнего возраста: 40 мальчиков и 40 девочек. Из них первая группа: 20 мальчиков и 20 девочек, имеющих в анамнезе те или иные проявления ППЦНС, при достаточной степени выраженности психологических последствий. Вторая группа подростков, не имеющих в анамнезе ППЦНС, обозначена как условно здоровые подростки.

Смысловые ориентации и локус контроля подростков изучался при помощи методики Д.А. Леонтьева «Тест смысловых ориентаций» (СЖО). В тесте СЖО выделено пять факторов, позволяющих утверждать, что осмысленность жизни личности не является внутренне однородной структурой. Полученные факторы можно рассматривать как составляющие смысла жизни личности. При этом они разбиваются на две группы. В первую входят собственно смысловые ориентации: цель в жизни, ее процесс (ценность и удовлетворенность самореализацией). Эти три категории соотносятся с целью (будущим), процессом (настоящим) и результатом (прошлым). Два оставшихся характеризуют внутренний локус контроля, с которым тесно связана осмысленность жизни. Локус контроля – «Жизнь» – характеризует общее мировоззренческое убеждение в том, что контроль возможен, а локус контроля – «Я» – отражает веру в собственную способность осуществлять такой контроль. Данные, полученные по методике СЖО, показали, что среднegrupповые показатели условно здоровых подростков и подростков, имеющих в анамнезе ППЦНС, отличаются по всем шкалам (табл. 1).

Таблица 1

Уровень сформированности смысловых ориентаций у подростков (по СЖО)

Шкалы	Условно здоровые подростки		Подростки с ППЦНС в анамнезе	
	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки
Цели в жизни	28	30	23	25
Процесс жизни	29	33	24	23
Результативность жизни	23	26	19	21
Локус контроля – Я	20	20	15	16
Локус контроля – жизнь	26	23	23	24
Общий показатель	99	102	84	88

По шкале «Цели в жизни» здоровые подростки демонстрируют средние результаты, что подчеркивает наличие у респондентов целей, которые придают осмысленность их жизни, в отличие от подростков с ППЦНС, показатели которых ниже нормы у мальчиков и ближе к нижней границе нормы у девочек. Такое же соотношение результатов мы видим во второй шкале «Процесс жизни», что дает основания для предположения о неудовлетворенности своей жизнью в настоящем в большей степени у мальчиков, чем у девочек. Можно предположить, что большая неудовлетворенность жизнью мальчиков, имеющих в анамнезе ППЦНС, объясняется специфическими проблемами, приводящими к школьной неуспешности мальчиков (например, двигательная гиперактивность, которая по данным различных исследований [7] встречается у них в 4,5 раза чаще, чем у девочек, и приводит, в свою очередь, не только к дефициту внимания, пробелам в знаниях, но и осложняет взаимоотношения со сверстниками и учителями). Неуспешность же, в свою очередь, вызывает чувство неудовлетворенности.

В последующих шкалах сохраняется такая же тенденция. У респондентов с низкими показателями по шкале «Цели в жизни» оказались низкие показатели и по второй шкале. Отсюда можно сделать вывод, что если нет целеполагания, то повышается неудовлетворенность своим настоящим. Низкие показатели по шкалам 4 и 5 свидетельствуют о том, что экстернальность в большей степени выражена у мальчиков с ППЦНС, чем у девочек с ППЦНС (результаты в пределах нормы), и, в целом, больше свойственна подросткам с ППЦНС, чем условно здоровым учащимся.

Подросткам была предложена также методика предельных смыслов (МПС) Д.А. Леонтьева [10]. Методика предельных смыслов является индивидуальной по форме и диалогической по своей природе. Методическая процедура заключается в структурированной серии вопросов и ответов. Вопросы экспериментатора имеют примерно следующий вид: «Зачем люди делают то-то?» Например: «Зачем люди смотрят телевизор?» Ответ должен соответствовать вопросу и начинаться со слова «чтобы». Например: «Чтобы отдохнуть». Словесные формулировки смыслов, данные в ответах, называются в методике категориями. Цепь вопросов кончается при выявлении предельного смысла, дальше которого испытываемый уже не в состоянии отвечать или отвечает тавтологией. Для выявления сравнительной частоты встречаемости в протоколах тех или иных типов категорий проводится контент-анализ. Д.А. Леонтьев выделил три

специфических типа категорий и три соответствующих им содержательных количественных индикатора: индекс децентрации (ИД), индекс рефлексивности (ИР), индекс негативности (ИН).

Индекс децентрации определяется как удельный вес в индивидуальном протоколе категорий, субъектом действия в которых выступают другие люди. Например: «Чтобы потомки помнили», «Чтобы близкие не страдали». Авторы предполагают, что ИД характеризует склонность человека соотносить свои помыслы и действия с интересами других людей. Удельный вес категорий ИД, ИР и ИН, по данным исследований Д.А. Леонтьева, чаще всего колеблется около 10%.

Индекс рефлексивности определяется как удельный вес категорий, описывающих не практическое действие, а психическое отражений. Например: «Чтобы ощущать себя в безопасности», «Чтобы люди ценили». К рефлексивным категориям относятся только те, где указано, хотя бы в общем виде, содержание ментальных процессов. Эти категории описывают акты сознания в широком смысле слова, как собственно интеллектуально-рефлексивные, так и непосредственно-чувственные. Такие категории характеризуют развитость внутреннего мира, а их отсутствие авторы методики рассматривают как симптом нарушения регуляторных функций сознания по отношению к практической деятельности. Слишком большое количество данных категорий считается признаком чрезмерной интеллектуализации действий, застревания на стадии планирования и обдумывания.

Индекс негативности определяется как удельный вес категорий, выражающих прямое отрицание (обязательно выраженное грамматически). Например: «Чтобы не опасаться», «Чтобы не остаться одному». На взгляд авторов методики, индекс негативности свидетельствует о стремлении человека обосновывать свои действия необходимостью уйти от каких-либо других действий или переживаний, характеризует склонность к ограничению активности, не вызванной ситуативной необходимостью. Предполагается также, что такой паттерн носит защитный характер при ряде невротических заболеваний. Д.А. Леонтьев приводит данные о статистически значимых корреляциях между содержанием показателей МПС и отдельными шкалами СЖО [10].

Результаты, представленные в табл. 2, показывают, что для мальчиков в целом (как условно здоровых, так и с ППЦНС в анамнезе) характерен больший удельный вес ИД, ИР и ИН. Особенно заметным является преобладание индекса негативности у мальчиков с ППЦНС.

Таблица 2

Показатели содержания смыслов по методике МПС

Показатель	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки
ИД	4,8	2,6	2,5	2,3	3,7	2,5
ИР	3,6	2,8	2,3	2,1	2,9	2,5
ИН	4,0	1,0	5,2	3,0	4,6	2,0

В среднем ИН составляет 5,2 балла. При этом следует отметить, что тенденция к уходу от решения проблемы заметна и у мальчиков из группы условно здоровых детей. У девочек из группы условно здоровых подростков ИН составляет в среднем 1 балл, а у девочек из второй группы значительно увеличивается и составляет 3 балла. При этом у девочек из группы подростков с ППЦНС по сравнению с девочками из группы условно здоровых подростков показатели ИД (2,6 и 2,3) и ИР (2,8 и 2,1) существенно не меняются. Возможно, полученные данные в какой-то мере объясняют тот факт, что девочки с ППЦНС в анамнезе более адаптированы в школе и социуме и, как правило, не вызывают большого беспокойства со стороны педагогов. Средние показатели индекса децентрации в группе условно здоровых подростков значительно выше у мальчиков, чем у девочек (4,8 и 2,6) соответственно.

Совершенно иную картину мы видим при сравнении результатов мальчиков и девочек из группы подростков с ППЦНС. Показатели ИД практически сравнялись (2,5–5% и 2,3–4,8% соответственно). При сравнении группы условно здоровых подростков и имеющих ППЦНС индекс рефлексивности у мальчиков меняется от 3,6–7,5 до 2,3–4,8%, а у девочек – от 2,8–5,8 до 2,1–4% соответственно.

Представленные данные позволяют сделать выводы о том, что подростки, имеющие в анамнезе ППЦНС, име-

ют характерные особенности смысловой сферы, проявляющиеся в меньшей выраженности рефлексивности, стремлении к избеганию активности и уходу от проблем, а также неумении соотносить свои намерения и помыслы с интересами других людей. Опираясь на предлагаемую методикой интерпретацию, мы можем предполагать меньшую степень развитости внутреннего мира подростков с ППЦНС, что проявляется в отсутствии соответствующей возрасту степени личностной зрелости и препятствует успешной социализации подростка. У таких подростков часто наличествуют признаки школьной дезадаптации, а в крайних случаях мы можем констатировать не только ярко выраженную школьную, но и в целом социально-психологическую дезадаптацию.

Следует отметить, что структура мировоззрения подростков с ППЦНС по методике предельных смыслов очень различается по количеству смысловых цепей и их содержанию (рис. 1, 2). Выделяется определенное количество подростков с развернутой, сложной структурой смысловой регуляции жизнедеятельности в противоположность другой подгруппе, для которой характерна свернутая, упрощенная структура смысловой регуляции.

По данным социально-психологического наблюдения, подростки с ППЦНС, имеющие сложные цепи смысловых связей и большое количество категорий, в своей жизнедеятельности принципиально не отличаются от подростков другой подгруппы по своему отноше-

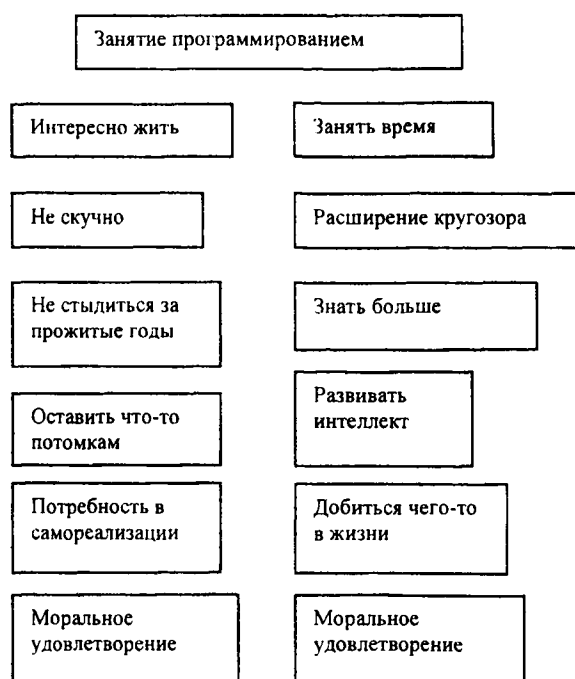


Рис. 1. Игорь С., 15 лет (группа условно здоровых подростков). Фрагменты структуры мировоззрения по МПС

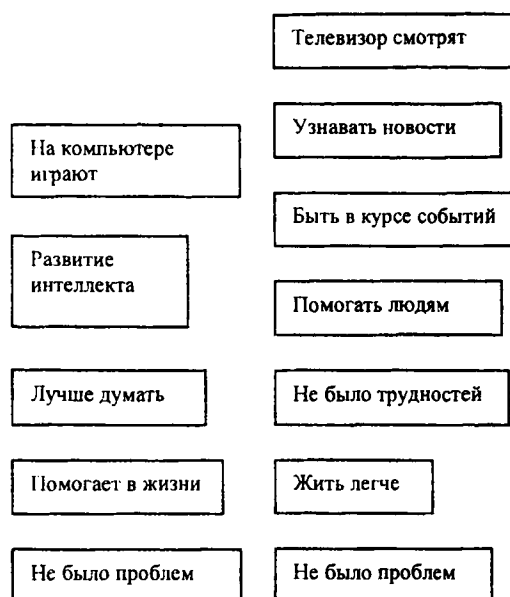


Рис. 2. Андрей П., 15 лет (группа подростков с ППЦНС). Фрагменты структуры мировоззрения по МПС

нию к событиям жизни, поведению, склонности брать на себя ответственность за свои действия, поступки. Понимая на уровне сознания, каким образом следует строить свою жизнедеятельность, на операциональном, технологическом уровне подростки оказываются не готовы к осуществлению названных смыслов, не выделяют их в каждой конкретной жизненной ситуации. Несмотря на сложившуюся в основном смысловую структуру мировоззрения у подростков еще не завершено развитие сознательной регуляции деятельности, роль которой у них меньше, чем у взрослых [13]. Возможные объяснения данному явлению можно найти в «диспозиционной концепции регуляции социального поведения личности» В.А. Ядова, которая выделяет сложную многоуровневую систему различных диспозиционных образований, регулирующих поведение человека и его деятельность, где в более сложных социальных ситуациях действуют диспозиционные образования более высокого уровня. В высших уровнях регуляции поведения и деятельности личности, где сама эта деятельность может быть освоена только при условии ее осмысления, осознания, при формировании диспозиций преобладает когнитивный, а не эмоциональный компонент. Высшие уровни диспозиционного механизма включаются через сложные системы опосредования и играют роль при регуляции поведения не только на высших уровнях, но и низших [15]. Опыт работы с подростками и старшеклассниками с ППЦНС показывает,

что они могут достаточно зрело рассуждать об абстрактных ситуациях, о действиях других лиц, но в отношении собственных действий, поступков, событий собственной жизни чаще остаются беспомощны, демонстрируя личностную незрелость в повседневных жизненных ситуациях.

Таким образом, подростки с различными проявлениями ППЦНС отличаются более низкими показателями осмысленности жизни и наличия жизненных целей. При этом у мальчиков показатели значительно ниже нормы, а у девочек ближе к нижней границе нормы. Такое же соотношение результатов мы видим во второй шкале «Процесс жизни», что дает основания для предположения о неудовлетворенности подростков с ППЦНС своей жизнью в настоящем, выраженной в большей степени у мальчиков, чем у девочек. Подростков с ППЦНС от группы условно здоровых подростков отличает выраженность экстернального локуса контроля. Существуют различия в степени выраженности экстернального локуса контроля у мальчиков и девочек в группе подростков с ППЦНС. Экстернальный локус контроля преобладает у мальчиков. Подростки с различными проявлениями ППЦНС имеют характерные особенности психологического здоровья, выражающиеся в таких характерных особенностях смысловой сферы, как меньшая степень рефлексивности, стремление к избеганию активности и уходу от проблем, неумение соотносить свои намерения и помыслы с интересами других людей.

Литература

1. Битянова Н.Р. Проблема саморазвития личности в психологии: аналитический обзор. М., 1998. 47 с.
2. Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988. 301 с.
3. Братусь Б.С. Русская, советская, российская психология. М., 2000.
4. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. М., 2001. 352 с.
5. Вострокнутов Н.В. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации. Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. М., 1995.
6. Глезерман Т.Б. Мозговые дисфункции у детей: нейropsychологические аспекты. М., 1985. 252 с.
7. Заваденко Н.Н., Петрухин А.С., Манелис Н.Г. и др. Школьная дезадаптация: психоневрологическое и нейropsychологическое исследование // Вопросы психологии. 1999. № 4. С. 21–28.
8. Клименов А.Л., Пилязин А.И., Акинина З.Ф. Диагностика, лечение, реабилитация детей с минимальными мозговыми дисфункциями, имеющих в анамнезе перинатальное поражение центральной нервной системы. Барнаул, 1999. 33 с.
9. Леви Г.Б. Квадратные колышки к круглым отверстиям. Дети с нарушением обучаемости в школе и дома. СПб., 1995. 120 с.
10. Леонтьев Д.А. Методика предельных смыслов (МПС). М., 1999. 36 с.
11. Лурия А.Р. Основы нейropsychологии. М., 2002. 381 с.
12. Слободчиков В.И., Шувалов А.В. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей // Вопросы психологии. 2001. № 4. С. 91–105.
13. Шарапановская Е.В. В кого он такой? Воспитание и обучение детей с патологиями шейного отдела позвоночника и минимальными мозговыми дисфункциями. Барнаул, 2000. 100 с.
14. Шарапановская Е.В. Особенности личностного развития старшеклассников, имеющих в анамнезе патологии шейного отдела позвоночника минимальные мозговые дисфункции // Медико-психологическая и социально-педагогическая поддержка детей в саморазвитии и самоопределении / Под ред. М.С. Ковалевич. Брест, 2003. С. 238–241.
15. Ядов В.А. Социальная идентичность личности. М., 1994.
16. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций. СПб., 1997. 80 с.

MEANINGS OF LIFE ORIENTATIONS AS THE INDEX OF MENTAL HEALTH LEVEL OF NERVOUS SYSTEM PERINATAL DISEASES
E.V. Sharapanovskaya (Barnaul)

Summary. Mental health peculiarities of adolescence with central nervous system perinatal diseases. Reflects the results of the research of adolescence with central nervous system perinatal diseases meanings of life.

Key words: mental health, antropogeny, meaning, central nervous system perinatal diseases, social and psychological desadaptation.