

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. Астафьева»

О.В. Барканова

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ
ДИАГНОСТИКА
ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ**

Электронное издание

КРАСНОЯРСК
2014

ББК 88
Т 338

Рецензенты:

Т.Л. Ядрышникова,
кандидат психологических наук, доцент СПГУП
С.М. Колкова,
кандидат психологических наук,
доцент КГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Барканова О.В.

Т 338 Теоретические основы и психологическая диагностика здоровья личности: учебное пособие [Электронный ресурс] / Электрон. дан. / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2014. – Систем. требования: PC не ниже класса Pentium I ADM, Intel от 600 MHz, 100 Мб HDD, 128 Мб RAM; Windows, Linux; Adobe Acrobat Reader. – Загл. с экрана.

ISBN 978-5-85981-735-1

Представлены теоретические и практические разделы дисциплины «Основы психология здоровья», входящей в образовательные программы подготовки бакалавров и магистров, обучающихся по специальностям психолого-педагогического направления. В первой части рассмотрены общетеоретические вопросы психологии здоровья: понятие здоровья и здорового образа жизни, базовые подходы к изучению здоровья, физическое, психическое и психологическое здоровье, профессиональное здоровье. Вторая часть представляет собой практикум, в котором собраны известные методики диагностики физического, психического и психологического здоровья.

Предназначено для студентов – будущих психологов и педагогов-психологов дневного, заочного и вечернего отделений вузов, преподавателей факультетов психологии и педагогики.

Издается при финансовой поддержке проекта № 11/12 «Разработка, применение и экспертиза психологических технологий развития инновационных профессионально-личностных качеств студентов и педагогов в педагогическом вузе» Программы стратегического развития КГПУ им. В.П. Астафьева на 2012–2016 годы.

ББК 88

ISBN 978-5-85981-735-1

© Красноярский государственный
педагогический университет
им. В.П. Астафьева, 2014
© Барканова О.В., 2014

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Теоретические основы проблемы здоровья в психологии	6
Контрольные вопросы и задания к разделу	37
Теоретические основы проблемы профессионального здоровья	39
Контрольные вопросы и задания к разделу	66
Методики диагностики базового уровня здоровья	69
Методики диагностики психического здоровья	154
Методики диагностики психологического здоровья	268
Библиографический список	331
Приложения	334

Предисловие

Учебное пособие «Теоретические основы и психологическая диагностика здоровья личности» составлено для студентов психолого-педагогических направлений бакалавриата и магистратуры. Психология здоровья занимает сегодня важное место в образовательных программах высшей школы и преподается в том или ином объеме на многих психолого-педагогических и психологических факультетах. В основном это обусловлено тем, что значительная часть современных образовательных учреждений разного вида работают по здоровьесберегающим программам или по крайней мере выделяют здоровьесбережение как одно из важных направлений своей работы. Будущие педагоги и психологи образования должны иметь представление об основах психологии здоровья, направлениях психопрофилактической и коррекционной работы в сфере здоровья, а также владеть базовыми навыками психодиагностики здоровья с целью раннего выявления отклонений и нарушений физического, психического и психологического здоровья участников учебного процесса.

В первой, теоретической, части учебного пособия представлен краткий обзор основных подходов к пониманию проблемы здоровья и здорового образа жизни в отечественной и зарубежной психологии, выделены и проанализированы понятия физического, психического и психологического здоровья. Также уделено внимание проблеме профессионального здоровья, поскольку она является значимой для профессий социального ряда в целом и педагогической сферы деятельности, в частности.

Вторая, практическая, часть учебного пособия представляет собой психодиагностический практикум, в котором собраны достаточно известные и проверенные методики диагностики здоровья человека (тесты, опросники). Методики сгруппированы в три раздела: методики диагностики физиче-

ского, психического и психологического здоровья. Большая часть методик предназначена для диагностики лиц, достигших подросткового возраста, без каких-либо ограничений по половым, социальным, профессиональным, образовательным и т.п. признакам. Помимо самих методик, представлены необходимые сведения о каждой методике, способы ее обработки и психологической интерпретации, список используемой методической литературы. В Приложениях даны тексты статей по проблемам здоровья, предлагаемые для обсуждения на семинарских занятиях. В конце каждого раздела имеются контрольные вопросы и задания по разделу для закрепления пройденного теоретического материала.

Учебное пособие позволяет получить базовые знания основ психологии здоровья, а также овладеть навыками использования диагностического инструментария в данной области. Оно может быть использовано в образовательном процессе как студентами, так и преподавателями психологических и психолого-педагогических факультетов дневного, заочного и вечернего отделений.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ В ПСИХОЛОГИИ

Психология здоровья – относительно молодая наука: проблематика здоровой личности стала предметом обсуждения и исследования для ученых только во второй половине XX-го века, хотя интерес к проблеме здоровья в целом возник в науке гораздо раньше. Первые разработки психологических концепций здоровья появляются, главным образом, в рамках гуманистической психологии (Э. Фромм, Г. Олпорт, А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл и др.) и тесно связаны с развитием психологии личности. В отдельное научное направление в своде психологических дисциплин психология здоровья выделилась только в конце 70-х гг. XX-го века.

В качестве ключевых направлений исследования в психологии здоровья можно выделить:

- 1) работы по определению самого понятия «здоровье» и научных подходов к его изучению;
- 2) работы по валеологии и проблеме здорового образа жизни;
- 3) труды по проблеме отношения к здоровью;
- 4) работы по проблеме структуры (уровней, компонентов) физического, психического и психологического здоровья.

При этом первые два направления исследований проводились в разных областях (философии, медицине, педагогике, спорте и т.д.), а собственно психологические исследования велись, в основном, в рамках двух последних направлений. Кратко рассмотрим сущность каждого направления.

Обратимся к анализу ключевых понятий психологии здоровья, начиная с определения самого термина «здоровье». В качестве одного из ранних определений здоровья в научной литературе упоминается определение древнегреческого врача Алкмеона Кротонского, жившего в V в. до н. э. [1, с. 16]. Считается, что Алкмеон был автором первого древнегреческого медицинского трактата, и его учение о здоровье оказало значительное влияние на античную медицинскую мысль. Согласно Алкмеону здоровье есть гармония противоположно направленных сил. Здоровье сохраняется при равновесии сил, а болезнь наступает тогда, когда одна из сил берет господство. Основой терапии ученый считал лечение противоположного противоположным¹. В целом, во многих древних культурах, особенно космоцентричных, разрабатывалась натурфилософия, в рамках которой человек мыслился как единица космической жизни и дух не отделялся принципиально от материи. В этих условиях здоровье понималось как состояние гармонии с окружающим природным и космическим миром, болезнь – как нарушение этой гармонии, а пути излечения от болезней и восстановление здоровья – как восстановление изначального нарушенного единства. Однако если античному мировоззрению был свойственен принцип калократии, основу которого составлял сплав совершенства телесного и духовно-нравственного (причем так, что последнее было немислимо без первого), то для средневековой культуры таким принципом стало понятие духовного добротолубия, основанного на отношении к трансцендентному началу посредством веры и аскетики. Трансцендентный дух рассматривался как источник совершенства и здоровья во всех аспектах, а вера заменяла собой все психофизические методики достижения истины и здоровья².

¹ http://ru.wikipedia.org/wiki/%C0%EB%EA%EC%E5%EE%ED_%CA%F0%EE%F2%EE%ED%F1%EA%E8%E9

² http://sbiblio.com/BIBLIO/archive/liseev_filosofija/00.aspx

Несомненную научную ценность представляют работы о здоровье ученых более позднего периода. В их работах даны научные определения термина «здоровье», разработаны классификации болезней, научные принципы здорового образа жизни, создана методология исследования здоровья, выделены такие направления исследования как психологическое здоровье личности, отношение к здоровью, психология профессионального здоровья и др. Весомый вклад в развитие научного понимания физического и психического здоровья внесли ученые-медики. Первые классификации психических расстройств появляются еще в XVII–XVIII вв. в рамках психиатрии. (F. Platte, W. Harvey, P. Zacchia, V. de Sauvages, C. Linnaeus, V. Rush). Исследования разных аспектов проблемы физического и психического здоровья нашли продолжение в работах зарубежных и отечественных врачей и психиатров XIX–XX вв. (А.С. Кронфельд, Е. Креппелин, Е. Кречмер, Ж. Эскироль, Г. Шпехт, К. Леонгард, В.М. Бехтерев, С.С. Корсаков, П.Б. Ганнушкин, В.А. Гиляровский, Н.М. Амосов, Н.И. Пирогов, С.С. Боткин, В.П. Казначеев, Ю.П. Лисицын, М.М. Буянов, И.И. Брехман, Б.Н. Чумаков и др.).

Помимо медицинских и психических аспектов здоровья, ученых интересовали и другие направления исследований в данной области. В частности, имеется большое количество педагогических трудов по проблеме здоровья (П.Ф. Лесгафт, Д. Локк, М. Монтессори, И.Г. Песталоцци, Я.А. Коменский, Л.Г. Татарникова, В.В. Колбанов, С.В. Попов, В.А. Сухомлинский, К.Д. Ушинский и др.). Собственно психологические аспекты проблемы здоровья стали предметом научного исследования только в XX в. и нашли отражение в работах таких психологов как А. Маслоу, К. Роджерс, А. Эллис, Э. Фромм, В. Франкл, В.А. Ананьев, И.В. Дубровина, О.В. Хухлаева, Р.А. Березовская, Б.С. Братусь, Г.С. Никифоров и др.

Таким образом, со времен древних целителей и филосо-

фов был проделан огромный объем научных исследований по проблеме здоровья в разных областях знания (философии, медицине, психиатрии, педагогике, психологии и др.), однако к единому мнению относительно понимания термина «здоровья» ученые так и не пришли. На сегодняшний день существуют сотни научных трактовок данного понятия. Например, в «Толковом словаре русского языка» здоровье определяется как «правильная, нормальная деятельность организма, его полное физическое и психическое благополучие»³. В Большой Советской Энциклопедии здоровье трактуется как «естественное состояние организма, характеризующееся его уравновешенностью с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных изменений»⁴. Согласно «Толковому словарю психологических и психоаналитических терминов» «здоровье имеет отношение к состояниям целостности и интеграции»⁵. В Уставе Всемирной организации здравоохранения здоровье определено как «Состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов... однако в медико-санитарной статистике под здоровьем на индивидуальном уровне понимается отсутствие выявленных расстройств и заболеваний, а на популяционном – процесс снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидности»⁶. Согласно ВОЗ здоровье человека является качественной характеристикой, складывающейся из набора количественных параметров⁷:

- антропометрических (рост, вес, объем грудной клетки, геометрическая форма органов и тканей);
- физических (частота пульса, артериальное давление, температура тела);

³ <http://www.psychol-ok.ru/dictionary/health.html>

⁴ <http://www.doctorate.ru/ustav-vsemirnoj-organizacii-zdravooxraneniya/>

⁵ http://ru.wikipedia.org/wiki/%C7%E4%EE%F0%EE%E2%FC%E5#cite_ref-4

⁶ <http://biofile.ru/bio/6466.html>

⁷ http://ru.wikipedia.org/wiki/%C7%E4%EE%F0%EE%E2%FC%E5#cite_ref-4

- биохимических (содержание химических элементов в организме, эритроцитов, лейкоцитов, гормонов и пр.);
- биологических (состав кишечной флоры, наличие вирусных и инфекционных болезней) и др.

Для состояния организма человека существует понятие «нормы», когда значения параметров укладываются в определенный, выработанный медицинской наукой и практикой диапазон. Отклонение значения от заданного диапазона может явиться признаком и доказательством ухудшения здоровья. Внешне утрата здоровья будет выражаться в измеримых нарушениях в структурах и функциях организма, в изменениях его адаптивных возможностей.

Здоровье людей – качество социальное, в связи с чем для оценки общественного здоровья рекомендуются следующие показатели:

- отчисление валового национального продукта на здравоохранение;
- доступность первичной медико-санитарной помощи;
- уровень иммунизации населения;
- степень обследования беременных квалифицированным персоналом;
- состояние питания детей;
- уровень детской смертности;
- средняя продолжительность предстоящей жизни;
- гигиеническая грамотность населения.

В научных источниках встречается выделение следующих параметров (видов, уровней) здоровья⁸:

1) соматическое здоровье – текущее состояние органов и систем организма человека, основу которого составляет биологическая программа индивидуального развития, опосредованная базовыми потребностями, доминирующими на различных этапах онтогенетического развития. Эти потребности, во-первых, являются пусковым механизмом раз-

⁸ http://www.syntone.ru/library/books/content/4153.html?current_book_page=2

вития человека, а, во-вторых, обеспечивают индивидуализацию этого процесса;

2) физическое здоровье – уровень роста и развития органов и систем организма, основу которого составляют функциональные резервы, обеспечивающие адаптационные реакции;

3) психическое здоровье – состояние психической сферы, основу которого составляет состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную поведенческую реакцию. Такое состояние обусловлено как биологическими, так и социальными потребностями, а также возможностями их удовлетворения.

4) нравственное здоровье – комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информационной сферы жизнедеятельности, основу которого определяет система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в обществе. Нравственным здоровьем опосредована духовность человека, так как оно связано с общечеловеческими истинами добра и красоты.

Сторонники такого подхода отмечают, что признаками здоровья являются:

- специфическая (иммунная) и неспецифическая устойчивость к действию повреждающих факторов;

- показатели роста и развития;

- функциональное состояние и резервные возможности организма;

- наличие и уровень какого-либо заболевания или дефекта развития;

- уровень морально-волевых и ценностно-мотивационных установок.

П.И. Калью в работе «Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация» рассмотрел 79 определений здоровья, сформулированных в разных странах мира в раз-

личное время и представителями различных научных дисциплин⁹. В качестве самых репрезентативных определений здоровья автор выделил следующие:

1) нормальная функция организма на всех уровнях его организации, нормальный ход биологических процессов, способствующих индивидуальному выживанию и воспроизводству;

2) динамическое равновесие организма и его функций с окружающей средой;

3) участие в социальной деятельности и общественно полезном труде, способность к полноценному выполнению основных социальных функций;

4) отсутствие болезни, болезненных состояний и изменений;

5) способность организма приспосабливаться к постоянно изменяющимся условиям внешней среды.

Согласно П.И. Калью все возможные характеристики здоровья могут быть сведены к следующим концепциям:

1) медицинская модель – для определений, содержащих медицинские признаки и характеристики; здоровье как отсутствие болезней и их симптомов;

2) биомедицинская модель – отсутствие субъективных ощущений нездоровья и органических нарушений;

3) биосоциальная модель – включаются рассматриваемые в единстве медицинские и социальные признаки, при этом приоритет отдается социальным признакам;

4) ценностно-социальная модель – здоровье как ценность человека.

По мнению О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатова, имеющиеся многочисленные теории и направления исследования проблемы здоровья могут быть систематизированы в следующие научные подходы [9]:¹⁰

⁹ http://ru.wikipedia.org/wiki/%C7%E4%EE%F0%EE%E2%FC%E5#cite_ref-4

¹⁰ http://www.syntone.ru/library/books/content/4153.html?current_book_page=2

1) нормоцентрический подход (Г.К. Ушаков и др.): здоровье рассматривается как совокупность среднестатистических норм восприятия, мышления, эмоционального реагирования и поведения в сочетании с нормальными показателями соматического состояния индивида. Это некий оптимальный уровень функционирования организма и психики;

2) феноменологический подход (К. Ясперс, Л. Бинсвангер, Р. Лэнг): проблемы здоровья и болезни трактуются как фундаментальные аспекты или вариации индивидуально-неповторимого «способа бытия-в-мире», они включены в субъективную картину мира и могут быть постигнуты лишь в ее контексте. На смену формализованным процедурам исследования в данном случае приходит феноменологическое описание, основанное на глубинном понимании и эмпатии;

3) холистический подход (Г. Олпорт, К. Роджерс, К.Г. Юнг и др.): здоровье понимается как обретаемая индивидом в процессе его становления целостность, предполагающая личностную зрелость, интеграцию жизненного опыта и примирение, синтез фундаментальных противоречий человеческого существования или интрапсихических полярностей. Естественно-научные принципы анализа дополняются гуманитарными, что обеспечивает целостное видение проблемы;

4) кросс-культурный подход (Г. Триандис, Д. Берри, Ф. Абуд, Д. Мацумото и др.): здоровье – это социокультурная переменная; его характеристики относительно и детерминированы специфическими социальными условиями, культурным контекстом, своеобразием национального образа жизни и образа мира. Проведенные в рамках данного подхода полевые исследования показали, в частности, что некоторые нарушения психического здоровья, характерные для европейца, всецело обусловлены специфическими особенностями западной цивилизации, присущим ей духом соперничества и индивидуализма; поэтому они практически не встречаются, скажем, у папуасов или эскимосов;

5) дискурсивный подход (М. Фуко, Т.А. Ван Дейк и др.): любое представление о здоровье может быть исследовано как продукт определенного дискурса, имеющего собственную внутреннюю логику конструирования или концептуализации социальной и психической реальности. Для ясного понимания структуры конкретного представления требуется углубленный дискурс-анализ. Образцом такого анализа является историческое исследование становления медицинского дискурса, осуществленное М. Фуко в работе «Рождение клиники». Предполагается также критическое исследование различных дискурсивных практик, в которых рождаются своеобразные концепции здоровья и болезни, с определением их базовых принципов, достоинств и ограничений;

б) аксиологический подход (А.Ф. Ковалевская, И.С. Ларионова, К.С. Хруцкий и др.): здоровье выступает как универсальная человеческая ценность, соотносится с основными ценностными ориентациями личности и занимает определенное положение в ценностной иерархии. Доминирование тех или иных ценностей, так же, как и их переоценка, кризис рассматриваются в качестве факторов, определяющих здоровье индивида или негативно влияющих на него. Аксиологический подход был предложен еще Платоном, который в своем диалоге «Законы» поместил «здоровое состояние души» (наряду с разумением, справедливостью и мужеством) в иерархию человеческих и божественных благ. Наиболее крупным ученым нашего столетия, исследовавшим психическое здоровье и его нарушения в их ценностном аспекте, т. е. во взаимосвязи с высшими ценностями человека, следует признать А. Маслоу. В своей теории самоактуализации Маслоу рассматривал высшие ценности как своего рода детерминанты здорового и полноценного развития индивидуума. В рамках психиатрии аналогичный подход был применен А. Кемпински, который интерпретировал различные формы психо-

патологии как нарушения нравственного порядка или дисфункции ценностной системы личности. В настоящее время появляется все больше работ, посвященных осмыслению здоровья и как основополагающей ценности культуры, и как ценностной ориентации, определяющей социальное и психическое бытие конкретной личности;

7) интегративный/системный подход (П.К. Анохин, К.В. Судаков, А.Н. Разумов, В.В. Васильева, М.Л. Журавин, Н.К. Меньшиков и др): любые объяснительные принципы, модели и концептуальные схемы признаются адекватными способами изучения здоровья на разных уровнях человеческого бытия. Предпринимается попытка интегрировать эти модели и схемы с учетом их ограничений на единой концептуальной основе согласно базовым принципам теории систем.

Н.Н. Малярчук описывает модели понимания здоровья, сложившиеся в разные исторические периоды развития человеческого общества¹¹:

– натуралистическая модель (античность), согласно которой быть здоровым – значит следовать собственной природе и общей природе вещей, поэтому обращение к себе является необходимым условием здорового и полноценного существования человека);

– теологическая модель (средневековье), где здоровье связывается с духовными аспектами. Наличие греховности приводит к телесной немощи человека, а истинно здоровым человеком считается святой человек, ведущий аскетический образ жизни, смыслом которого является преодоление ограниченности и греховности человека, постоянное духовное самосовершенствование, осознание духовного родства с Богом;

– адаптационная модель (XIX век), где здоровье начинает рассматриваться как феномен, имеющий биосоциальную природу, формирующийся и преобразующийся в процессе адап-

¹¹ <http://valeologija.ru/knigi/valeologiya-uchebnoe-posobie-malyarchuk/ponyatie-zdorovya-s-istoricheskix-i-psixologo-socialnix-pozicij>

тации к окружающему миру. Здоровье, с одной стороны, обеспечивает способность поддерживать постоянство внутренней среды организма, с другой – дает возможность человеку адаптироваться к окружающей среде. В этой связи оздоровление понимается как успешная адаптация и всесторонняя гармонизация отношений субъекта с окружающим миром.

Также Н.Н. Малярчук выделяет оформившиеся в более позднее время нормоцентрический, феноменологический, гуманистический и аксиологический подходы к пониманию здоровья и приходит к заключению, что все ныне существующие дефиниции здоровья человека опираются на одну из двух парадигм – адаптационную или креативную. Первая рассматривает здоровье человека как состояние, где человек должен быть уже пред-больным или расценивается в качестве кандидата в больного в окружении болезнетворных факторов социальной и экологической окружающей среды. Вторая рассматривает здоровье человека как процесс: свободный выбор естественных ценностей и целей благополучного существования человека предопределяет его здоровое настоящее и будущее бытие.

О.С. Васильева, В.А. Ананьев, Г.С. Никифоров и др. для интегрального осмысления понятия «здоровье» отмечают важность рассмотрения здоровья [1; 9; 26; 28]:

1) в единстве трех составляющих элементов: тела, разума и души (культуры физической, интеллектуальной и психологической);

2) с учетом внутренних и внешних факторов (совокупности влияния собственной деятельности человека и влияния его социального окружения);

3) с учетом уровня развития системы здравоохранения и системы массового образования в обществе.

Замечателен тот факт, что теоретические представления о здоровье, изложенные в научной литературе, в значи-

тельной степени дублируют представления о здоровье, бытующие в обыденном сознании большого количества людей. По результатам ряда социологических исследований представлений о здоровье среди населения ученые пришли к следующим выводам:

1) Ключевые элементы представления о здоровье включают:

– характеристику физического благополучия (внешние характеристики, приписываемые здоровым людям, и физические ощущения здоровья);

– позитивные эмоциональные проявления (переживание счастья, радости, хорошее настроение);

– поведение (образ жизни).

2) Здоровье имеет свои внешние читаемые черты, оно связано с позитивными эмоциями и содержит элемент активности, действий. Оно представляется как принадлежащее субъекту и связывается с успехом и эффективностью его деятельности.

3) Представления о здоровье и болезни связаны друг с другом, но, скорее, здоровье ассоциируется с болезнью, а не наоборот (существует понимание, что здоровье – это противоположная сторона нездоровья, а также того, что здоровье связано с понятием нормы).

В работе российских исследователей, посвященной изучению представлений о здоровье и здоровом человеке в различных профессиональных и половозрастных группах, было выделено три составляющих представления о здоровье [26]:

1) адаптация, приспособленность, внешняя привлекательность и др.;

2) внутренняя согласованность (гармония, уверенность, здравый смысл);

3) самореализация (активность, целеустремленность, творчество).

Огромное количество медицинской, педагогической и психологической научной литературы посвящено проблеме *образа жизни* человека как фактора, существенным образом определяющего уровень его здоровья (К. Байер, Н.А. Агаджанян, В.А. Воскресенский, И.И. Брехман, В.В. Кабанов, В.А. Ананьев и др.). *Образ жизни* человека включает три категории: *уровень жизни, качество жизни и стиль жизни*. Уровень жизни – экономическая категория, представляющая степень удовлетворения материальных, духовных и культурных потребностей человека. Качество жизни – социальная категория, представляющая степень комфорта в удовлетворении человеческих потребностей. Стиль жизни – социально-психологическая категория, характеризующая поведенческие особенности жизни человека. Первые две категории носят общественный характер. Отсюда следует, что здоровье человека в первую очередь зависит от стиля жизни, который в большей степени носит персонифицированный характер и определяется историческими и национальными традициями (менталитетом) и личностными наклонностями.

Наиболее полно взаимосвязь между образом жизни и здоровьем выражается в понятии *здоровый образ жизни (ЗОЖ)*. Это понятие положено в основу валеологии (И.И. Брехман, 1982) – науки о здоровье и ЗОЖ, рассматривающей вопросы сохранения, укрепления и восстановления здоровья и претендующей на интегральный подход к физическому, нравственному и духовному здоровью человека. В валеологии здоровье определяется как абсолютная и непреходящая жизненная ценность, занимающая одну из верхних ступеней в иерархической лестнице ценностей всего человечества. Здоровье является тем ресурсом, от степени обладания которым зависит уровень удовлетворения практически всех потребностей человека¹².

¹² <http://valeologija.ru/knigi/vozrastnie-osnovi-zdorovya-ajdarkin/ponyatie-zdorovya-faktori-formiruyushie-zdorove>

В понятие ЗОЖ традиционно входят следующие составляющие:

- отказ от вредных пристрастий (курение, употребление алкогольных напитков и наркотических веществ);
- оптимальный двигательный режим;
- рациональное питание;
- закаливание;
- личная гигиена;
- положительные эмоции.

В основе здорового образа жизни лежат биологические и социальные принципы (Агаджанян Н.А., Байер К. и др.) [3]. К биологическим принципам относятся постулаты о том, что образ жизни должен быть:

- возрастным (адекватным возрасту человека и его соответствующим возможностям);
- обеспечен энергетически (опираться на имеющиеся ресурсы организма и нервной системы);
- укрепляющим (способствовать улучшению состояния, самочувствия человека, усилению иммунитета, выносливости и т.д.);
- ритмичным (человек должен придерживаться определенного режима питания, отдыха и т.д. и делать это регулярно, а не от случая к случаю);
- умеренным (следует избегать крайностей: как недостаток сна, отдыха, полноценного питания и т.п., так и изнуряющие тренировки или диеты могут привести к ухудшению здоровья).

К социальным принципам относят постулаты о том, что образ жизни должен быть:

- эстетичным (приносить высшие эмоции и чувства);
- нравственным (соответствовать общечеловеческим ценностям);
- волевым (хорошее здоровье и самочувствие – это ежедневный труд и усилие над собой);

– самоограничительным (человек должен сам осознавать свои риски и уметь вовремя сказать себе «стоп»).

Большое внимание в научных теориях о здоровье и ЗОЖ уделяется факторам, влияющим на здоровье (внешним и внутренним). Внешние факторы можно условно объединить в четыре группы:

1) биологические – пол, возраст, конституция, наследственность;

2) природные – климатические, геофизические, экологические и др.;

3) социальные и социально-экономические – законодательство об охране здоровья граждан, условия труда, быта, отдыха, питания, миграционные процессы, уровень образования, культуры и др.;

4) медицинские – уровень развития медицины и здравоохранения.

К внутренним факторам, оказывающим непосредственное влияние на здоровье, относятся элементы культуры человека:

– культура питания;

– культура проживания (поддержание жилья в соответствующих условиях);

– культура организации досуга (отдыха);

– гигиеническая (медицинская) культура (соблюдение правил личной и общественной гигиены, что во многом зависит от общей культуры человека).

По данным Всемирной организации здравоохранения, к факторам здоровья относятся¹³: доходы и социальный статус, социальные сети поддержки, образование и грамотность, занятость/условия работы, социальная среда, физическая среда, личный опыт и навыки сохранения здоровья, здоровое развитие ребенка, уровень развития биологии и генети-

¹³ http://ru.wikipedia.org/wiki/%C7%E4%EE%F0%EE%E2%FC%E5#cite_ref-4

ки, медицинские услуги, гендер, культура. Например, в процессе социализации у мужчин поощряется отказ от самосохранительного поведения и реализация рискогенного поведения, направленного на больший заработок; женщин же ориентируют на сохранение здоровья как будущих матерей, однако при акценте на такое проявление здоровья, как внешняя привлекательность, вместо здорового функционирования могут возникать характерные женские нарушения (пищевые расстройства).

Г.С. Никифоров выделяет три группы факторов, влияющих на здоровье: независимые (предшествующие), передающие и мотиваторы [26]. Независимые факторы – это те, где корреляции со здоровьем и болезнью наиболее сильны. К ним относятся:

- факторы, предрасполагающие к здоровью или болезни;
- поведенческие паттерны; факторы поведения типа А (амбициозность, агрессивность, компетентность, раздражительность, мышечное напряжение, убыстренный тип деятельности; высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний) и В (противоположный стиль);
- поддерживающие диспозиции (оптимизм, пессимизм и др.);
- эмоциональные паттерны (алекситимия и др.);
- когнитивные факторы (представления о здоровье и болезни, о норме, установки, ценности, самооценка здоровья и т.п.);
- факторы социальной среды (социальная поддержка, семья, профессиональное окружение);
- демографические факторы (фактор пола, индивидуальные копинг-стратегии, этнические группы, социальные классы).

К передающим факторам относятся:

- совладание с разноуровневыми проблемами;

- употребление веществ и злоупотребление ими (алкоголь, никотин, пищевые расстройства);
 - виды поведения, способствующие здоровью (выбор экологической среды, физическая активность);
 - соблюдение правил здорового образа жизни.
- Наконец, в качестве мотиваторов выделяются:
- стрессоры;
 - существование в болезни (процессы адаптации к острым эпизодам болезни).

При множестве разных внешних факторов мотивация здоровья и здорового образа жизни занимает важнейшее место в формировании и сохранении здоровья каждого человека. Под мотивацией здоровья и здорового образа жизни понимается осознание человеком необходимости сохранения здоровья как основы полноценной жизнедеятельности в разных сферах, его гармоничного развития и выполнение в связи с этим тех или иных мероприятий по сохранению и поддержанию здоровья, соблюдение принципов здорового образа жизни.

Мысль о том, что здоровье находится, прежде всего, в руках самого человека и только во вторую очередь зависит от уровня развития медицины и здравоохранения, была сформулирована еще в 70-е гг. известным в свое время врачом Н.М. Амосовым в книге «Раздумья о здоровье». Н.М. Амосов определил здоровье как совокупность резервных возможностей основных функциональных систем организма и сформулировал основные принципы психологии здоровья и рекомендации по здоровьесбережению¹⁴.

1) В большинстве болезней виноваты не природа и не общество, а только сам человек. Чаще всего он болеет от лени и жадности, но иногда и от неразумности.

2) Не надейтесь на медицину. Она неплохо лечит многие

¹⁴ <http://www.psychology-online.net/articles/doc-1141.html>

болезни, но не может сделать человека здоровым... Больше того, бойтесь попасть в плен к врачам! Порой они склонны преувеличивать слабости человека и могущество своей науки, создают у людей мнимые болезни и выдают векселя, которые не могут оплатить.

3) Чтобы стать здоровым, нужны собственные усилия, постоянные и значительные. Заменить их ничем нельзя. Человек, к счастью, столь совершенен, что вернуть здоровье можно почти всегда. Необходимые усилия возрастают по мере старения человека и углубления болезней.

4) Величина любых усилий определяется стимулами, стимулы – значимостью цели, временем и вероятностью ее достижения. И очень жаль, но еще и характером. К сожалению, здоровье, как важная цель, встает перед человеком, когда смерть становится близкой реальностью.

5) Для здоровья одинаково необходимы четыре условия: физические нагрузки, ограничение в питании, закаливание, время отдыха и умение отдыхать. И еще пятое – счастливая жизнь! К сожалению, без первых четырех она здоровья не обеспечивает.

6) Природа милостива: достаточно 20-30 минут физкультуры в день, но такой, чтобы задохнуться, вспотеть и чтобы пульс участился вдвое. Если это время удвоить, то будет вообще отлично.

7) Нужно ограничивать себя в пище. Поддерживайте вес как минимум в соотношении рост в сантиметрах минус 100.

8) Умение расслабляться – наука, но к ней нужен еще и характер. Если бы он был!

9) Говорят, что здоровье – счастье уже само по себе. Это неверно. К здоровью так легко привыкнуть и перестать его замечать. Однако оно помогает добиться счастья в семье и работе. Помогает, но не определяет. Правда, болезнь – уж точно несчастье.

Ряд современных ученых придерживается аналогичного мнения. Например, в работах Н.Б. Дмитриевой, М.Ф. Секача и др. факторам саморегуляции, эмоциональной устойчивости, позитивного мышления и т.п. отводится ведущая роль в поддержании и развитии здоровья личности [15; 24; 29]. По подсчетам современников, если принять условно уровень здоровья за 100%, то 20% зависят от наследственных факторов, 20% – от экологии, 10% – от деятельности системы здравоохранения и 50% – от самого человека, от образа жизни, который он ведет (Димов В.М., 2000).

Значительная часть научных теорий посвящена проблеме *отношения к здоровью*. Категория «отношения» – одно из центральных понятий в концепции «психологии отношений», зародившейся еще в начале XX в. в школе В.М. Бехтерева. Первоначально она была очерчена А.Ф. Лазурским и С.Л. Франком в опубликованной ими в 1912 г. «Программе исследований личности и ее отношений к среде». В дальнейшем психология отношений развивалась В.Н. Мясищевым. Основное положение данной концепции заключается в том, что психологические отношения человека представляют целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности. Иными словами, при психологическом анализе личность, целая и по своей природе неделимая, предстает перед исследователем как система отношений, которые рассматриваются как психическое выражение связи субъекта и объекта. Согласно этой концепции отношение к здоровью может быть описано с помощью трех компонентов, при этом указанные В.Н. Мясищевым эмоциональный, познавательный и волевой компоненты отношения соответствуют выделяемым в современной психологии трем сферам психики – эмоциональной, когнитивной и мотивационно-поведенческой.

Формирование отношения к здоровью – процесс весьма сложный, противоречивый и динамичный, который обусловлен двумя группами факторов:

- внешними (характеристики окружающей среды, в том числе особенности социальной микро- и макросреды, а также профессиональной среды, в которой находится человек);
- внутренними (индивидуально-психологические и личностные особенности человека, а также состояние его здоровья).

Важно отметить, что отношение человека к своему здоровью выступает внутренним механизмом саморегуляции деятельности и поведения в этой сфере (по аналогии с психологическим механизмом самооценки) [15; 29]. Однако регуляторная функция отношения вступает в действие лишь на определенном этапе онтогенеза; с накоплением социального и профессионального опыта она совершенствуется. Таким образом, отношение человека к своему здоровью, с одной стороны, отражает опыт индивида, а с другой, оказывает существенное влияние на его поведение.

При анализе отношения к здоровью также важно учитывать и фактор времени, что предполагает рассмотрение его становления и динамики. Возникшее отношение не остается неизменным, оно непрерывно изменяется с приобретением нового жизненного опыта. Вместе с тем, коррекция неблагоприятных аспектов того или иного отношения – длительный и подчас весьма болезненный для личности процесс, сопряженный с преодолением внутренних конфликтов и негативных эмоциональных переживаний. В связи с этим особое значение приобретает целенаправленное формирование правильного отношения к здоровью на ранних этапах развития личности. При этом особая роль отводится семейному воспитанию и обучению в начальной школе.

В современной науке исследования отношения к здоро-

вью гораздо менее распространены, нежели исследования отношения к болезни. Результаты имеющихся исследований указывают на парадоксальный характер отношения современного человека к здоровью, т. е. несоответствие между потребностью обладать хорошим здоровьем, с одной стороны, и теми усилиями, которые человек предпринимает для сохранения и укрепления своего физического и психологического благополучия, – с другой. Предположительно, причина такого несоответствия заключается в том, что здоровье часто воспринимается людьми как нечто безусловно данное или само собой разумеющееся, потребность в котором хотя и осознается, но ощущается лишь в ситуации дефицита. Иными словами, при полном физическом, психическом и социальном благополучии потребность в здоровье как бы не замечается человеком, приобретая характер актуальной жизненной необходимости только в случае его потери или по мере утраты.

Отношение к здоровью, т. е. предрасположенность к сохранению или растрачиванию здоровья, по мнению Г.С. Никифорова, может рассматриваться как личностное качество. Он также подчеркивает наличие скрытых противоречий в отношении к здоровью у многих людей. С одной стороны, ценность здоровья достаточно велика в обыденном сознании и без ссылок на научные доказательства. Однако в установке на сохранение здоровья выраженность действенного, поведенческого компонента не соответствует ни объему знаний о здоровье, ни силе эмоциональных реакций на его ослабление. Причем это свойственно не только людям здоровым, но и тем, кто уже имеет достаточно выраженные расстройства здоровья.

Некоторые ученые (В.Е. Каган, В.А. Ананьев и др.) предлагают вместо понятия «отношение к здоровью» использовать понятие «внутренняя картина здоровья». Внутренняя картина здоровья может рассматриваться как комплексная

рефлексивная картина своего «Я-образа», в который входят физический, психологический (когнитивный), эмоциональный компоненты. Эта комплексная картина здоровья определяет отношение личности к нему благодаря когнитивному и эмоциональному компоненту. Отношение к своему здоровью строится человеком с учетом «эталонных» представлений о здоровье вообще и о своем здоровье, в частности. Этот эталон может быть достаточно сложным и включать различные элементы в виде образных представлений и логических обобщений. В.А. Ананьев рассматривает внутреннюю картину здоровья как самоосознание и самопознание человеком себя в условиях здоровья [1]. По мнению И.И. Мамайчук, внутренняя картина здоровья – динамическая система, включающая в себя совокупность представлений человека о своем здоровье, осознание им своих физических и психических возможностей, самооценку здоровья, а также субъективное восприятие и оценку влияющих на здоровье факторов [9].

Р.А. Березовская, Г.С. Никифоров с целью выбора более адекватного понятия провели сравнение терминов «отношение к здоровью» и «внутренняя картина здоровья» по основным структурным компонентам. В ходе анализа они пришли к выводу, что данные понятия являются синонимичными. Однако, по мнению этих авторов, в теоретическом плане предпочтение следует отдать категории «отношение к здоровью», так как она наиболее обоснована с позиции теории личности.

Таким образом, отношение к здоровью можно определить как систему индивидуальных избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или, наоборот, угрожающих здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего психического или физического состояния (Р.А. Березовская, Л.В. Куликов и др.). Обладая всеми характеристиками, присущими психическому отношению, отношение к здоровью содер-

жит три основных компонента: когнитивный, эмоциональный, мотивационно-поведенческий. Когнитивная составляющая отношения к здоровью во многом зависит от психологической компетентности личности. Когнитивный компонент характеризует знания человека о своем здоровье, понимание роли здоровья в жизнедеятельности, знание основных факторов, оказывающих как негативное, так и позитивное влияние на здоровье человека.

Мотивационно-поведенческий компонент определяет место здоровья в индивидуальной иерархии терминальных и инструментальных ценностей человека, особенности мотивации в области здорового образа жизни, а также характеризует особенности поведения в сфере здоровья, степень приверженности человека здоровому образу жизни, особенности поведения в случае ухудшения здоровья. Мотивационно-поведенческий компонент здоровья обусловлен особенностями обыденной психологии и психогигиены того социума и этноса, к которому принадлежит индивид.

Эмоциональная составляющая отношения к здоровью, подразумевающая переживания своего здоровья или нездоровья, является крайне значимой в контексте общей самооценки личности, в определении ее «линии жизни», «плана жизни», «жизненного стиля». Эмоциональный компонент отражает переживания и чувства человека, связанные с состоянием его здоровья, а также особенности эмоционального состояния, обусловленные ухудшением физического или психического самочувствия человека.

Наконец, обратимся к рассмотрению понятий *психического* и *психологического* здоровья, которые часто встречаются в научной литературе. Проанализировав имеющиеся концепции, можно заключить, что разные авторы употребляют эти термины в абсолютно разных соотношениях – для одних психическое здоровье является более широким термином,

а для других наоборот [4; 16; 25]. Например, у И.В. Дубровиной психическое здоровье является более широким термином, включающим психологическое здоровье. У В.И. Слободчикова – психологическое здоровье является более широким термином, включающим психическое.

Однако изначально о психическом здоровье ученые говорили только в рамках медицины и психиатрии. В этом контексте термин «психическое здоровье» имеет, прежде всего, отношение к нормальному функционированию психофизиологического уровня (отдельных психических процессов и механизмов). Термин был введен Всемирной организацией здравоохранения в 1979 г. Согласно определению ВОЗ психическое здоровье – это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества¹⁵. При этом в качестве критериев психического здоровья выступают¹⁶:

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и своей собственной психической деятельности и к ее результатам;
- соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий социальным обстоятельствам и ситуациям;
- способность к самоуправлению в соответствии с социальными нормами, правилами и законами;
- способность планировать и реализовывать собственную жизнь;

¹⁵ http://ru.wikipedia.org/wiki/%CF%F1%E8%F5%E8%F7%E5%F1%EA%EE%E5_%E7%E4%EE%F0%EE%E2%FC%E5

¹⁶ <http://psycheresurs.ru/d/294831/d/lekciya-psihologiya-zdorovya-kak-nauka.pdf>

– способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

На сегодняшний день такое понимание психического здоровья также является весьма распространенной концепцией в науке [4; 13; 16; 25; 29]. Термин «психологическое здоровье» был введен И.В. Дубровиной как понятие, относящееся к личности в целом и отражающее высшие проявления человеческого духа, в то время как термин «психическое здоровье» автор также отнесла, прежде всего, к отдельным психическим процессам и механизмам [16; 25].

Одними из первых к рассмотрению проблемы здоровой, зрелой личности вне медицинского контекста (патологии и болезни) обратились психологи гуманистического и экзистенциального направлений (Г. Олпорт, А. Маслоу, К. Роджерс, А. Эллис, Э. Фромм и др.). Вместо психиатрической терминологии в психологии стали использовать общечеловеческие принципы и понятия, составляющие характеристики здоровой личности. Особое значение среди критериев психического здоровья личности стали придавать степени ее интегрированности, гармоничности, уравновешенности, а также духовности (общечеловеческим ценностям); ориентации на саморазвитие и самоактуализацию.

А. Маслоу и К. Роджерс, в частности, описывали психологически здорового человека в следующих характеристиках:

- наличие ориентации на реальность;
- принятие себя и окружающих такими, какие они есть;
- спонтанность;
- центрированность на проблеме, а не на себе;
- наличие потребности в одиночестве;
- автономность и независимость;
- отсутствие склонности к стереотипам в восприятии людей и явлений;
- духовность;
- идентификация с человечеством;

- способность к близким отношениям с людьми;
 - наличие чувства юмора (а не сарказма и насмешек);
- высокая креативность;
- низкая конформность;
 - умение принимать ответственность за свою жизнь на себя;
 - обладание адаптивностью к внешним и внутренним переменам с учетом моральных и духовных ценностей человечества.

Аналогичные критерии психологического здоровья дает и известный американский психотерапевт А. Эллис¹⁷:

- соблюдение собственных интересов;
- социальный интерес;
- самоуправление;
- высокая толерантность к фрустрации;
- гибкость;
- принятие неопределенности;
- преданность творческим занятиям;
- научное мышление;
- принятие себя;
- рискованность;
- отсроченный гедонизм;
- антиутопизм;
- ответственность за свои эмоциональные расстройства.

Таким образом, объем понятия «психическое здоровье» наполнялся все большим содержанием и становился весьма неоднозначным. Одним из первых в отечественной психологии к рассмотрению психического здоровья как неоднородного образования, имеющего сложное, поуровневое строение обратился Б.С. Братусь [1; 4; 26]. Он выделил три уровня психического здоровья личности:

1) уровень психофизиологического здоровья, определяющийся особенностями внутренней, мозговой, нейрофизио-

¹⁷ <http://psycheresurs.ru/d/294831/d/lekciya-psihologiya-zdorovya-kak-nauka.pdf>

логической организации актов психической деятельности человека;

2) индивидуальный уровень – оценка, зависящая от способностей человека к построению адекватных способов реализации смысловых устремлений;

3) личностный уровень – смысловой, определяющийся качеством смысловых отношений человека.

По утверждению Б.С. Братуся, собственно психологическими являются только два последних уровня, при этом психическое здоровье, будучи многоуровневым, может страдать на одних уровнях при относительной сохранности других.

Широко распространено в настоящее время понимание психологического здоровья в рамках адаптационного подхода (О.В. Хухлаева, Г.С. Никифоров и др.) [26; 32]. В данном подходе здоровый человек – это успешно адаптирующийся и имеющий гармоничные отношения с окружающими. Жизнеспособность, или умение выживать, приспособляться и развиваться в изменяющихся, не всегда благоприятных условиях, является предпосылкой психологического здоровья. Согласно определению, сформулированному Л.Д. Деминой и И.А. Ральниковой: «Психологическое здоровье – это мера способности индивида поддерживать, осуществлять и развивать индивидуальную и социальную субъективность в изменяющемся мире», а в определении Е.Р. Калитеевской и В.И. Ильичевой: «Психологическое здоровье – это мера способности человека трансцендировать свою социальную и биологическую детерминированность, выступать активным и автономным субъектом собственной жизни в изменяющемся мире» [13].

По определению В.Э. Пахальяна, «Психологическое здоровье – состояние субъективного, внутреннего благополучия личности, обеспечивающее оптимальный выбор действий, поступков и поведения в ситуациях ее взаимодействия с окружающими объективными условиями, другими людьми

и позволяющее ей свободно актуализировать свои индивидуальные и возрастно-психологические возможности» [22; 23].

Р. Ассаджоли описывал психологическое здоровье как баланс между различными аспектами личности человека; С. Фрайберг – как баланс между потребностями индивида и общества; Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова – как процесс жизни личности, в котором сбалансированы рефлекторные, рефлексивные, эмоциональные, интеллектуальные, коммуникативные, поведенческие аспекты.

Согласно О.В. Хухлаевой, понимая психологическое здоровье как наличие динамического равновесия между индивидом и средой, следует считать его критерием гармонии между ребенком и социумом [32]. В этой связи ею выделяются уровни психологического здоровья:

- дезадаптивный – дети с нарушением регулятивных процессов, с нарушением баланса «ребенок-общество»;
- средний – адаптивный, на котором дети в целом адаптированы к социуму, но могут проявлять признаки дезадаптации в отдельных сферах и повышенную тревожность;
- высший – креативный, с наличием устойчивой адаптации и активным творческим отношением к действительности.

Процесс формирования психологического здоровья, по мнению О.В. Хухлаевой, можно представить как систему, которая охватывает следующие направления работы:

- диагностику тревожности и адаптированности детей к школе и семье, наблюдение за детьми и последующее определение уровня психологического здоровья;
- включение детей, отнесенных к дезадаптивному уровню, в индивидуальную коррекционную работу с привлечением их родителей к индивидуальному консультированию. Программа индивидуальных занятий с детьми должна содействовать восстановлению нарушенной по тем или иным причинам гармонии между ребенком и средой и включать рабо-

ту с гневом, работу по интернализации локуса контроля, формированию эмоциональной децентрации, открытию доступа ребенка к собственной поисковой активности в плане разрешения трудных ситуаций.

– включение детей, отнесенных к адаптивному уровню, в еженедельные групповые занятия профилактической направленности. Программа групповых занятий должна, с одной стороны, обеспечить формирование психологического здоровья в соответствии с его трехкомпонентной структурой, с другой стороны, обеспечить выполнение возрастных задач развития. Работа осуществляется параллельно по четырем направлениям:

– аксиологическое (формирование умения принимать самого себя и других людей, при этом адекватно осознавая свои и чужие достоинства и недостатки);

– инструментальное (формирование умения осознавать свои чувства, причины поведения, последствия поступков, строить жизненные планы, т. е. формирование личностной рефлексии);

– потребностно-мотивационное (формирование умения находить в трудных ситуациях силы внутри самого себя, принимать ответственность за свою жизнь на самого себя, умения делать выбор, формирование потребности в самоизменении и личностном росте);

– развивающее (формирование чувства «умелости», «компетентности», качественного нового уровня развития произвольной регуляции поведения и деятельности, должно способствовать переориентации детей с оценок взрослого на группу сверстников).

Важными для становления психологического здоровья у детей дошкольного и младшего школьного возраста являются факторы семейной ситуации (нарушение психологического здоровья самих родителей, неадекватный стиль воспитания ребенка, нарушение механизмов функционирования

семьи, конфликты между родителями или отсутствие одного из родителей); у подростков – чувство собственной ценности, адекватная самооценка и самопринятие, отсутствие которых может в дальнейшем привести к возникновению деструктивного внутриличностного конфликта и нарушению психологического здоровья.

Наконец, ряд ученых рассматривают психологическое здоровье в узком смысле слова как синоним духовного здоровья. Например, Г.И. Чижакова, рассуждая о проблеме психологического здоровья, отделяет его от телесного и психического и связывает его с духовностью человека. Под духовностью она понимает особое эмоционально-нравственное состояние личности; сознание человека, которое ориентировано на высшие ценности – Истину, Красоту, Добро – и стремится реализовать их в деятельности и общении» [28].

В утверждении В.И. Слободчикова, «максима психологического здоровья есть единство жизнеспособности и человечности индивида». Психологическое здоровье характеризует человека как субъекта жизнедеятельности, распорядителя телесных, душевных и духовных сил и способностей [4]. Человечность индивида – сущностная характеристика психологического здоровья – понимается как становление и манифестация субъективного духа, следование высшим образцам человеческой культуры, нравственным принципам, утверждение ценностей родового бытия человека, созидательное преобразование действительности, основанное на любви к качеству жизни и воле к совершенству во всех областях. В христианской культуре человечность находит свое выражение в личностном способе жизни, предполагающем свободный, сознательный и ответственный выбор поведения на основе ценностно-смыслового самоопределения субъекта жизнедеятельности. Ключевое слово, характеризующее психологическое здоровье, – это гармония как в отношениях человека с самим собой, так и с окружающей средой: другими людьми,

природой, космосом. По мнению В.И. Слободчикова, обобщенная модель психологического здоровья должна включать *аксиологический, инструментальный и потребностно-мотивационный компоненты*.

Аксиологический компонент содержательно представлен ценностями «Я» самого человека и «Я» других людей. Он отражает осознание человеком ценности, уникальности себя, окружающих, идентификацию как с живыми, так и не живыми объектами, единство с миром во всей полноте. Из этого следует наличие позитивного образа «Я», т. е. абсолютное принятие человеком как самого себя, так и других людей вне зависимости от пола, возраста, культурных ценностей и т.п.; глубокого убеждения о ценности человеческой жизни как своей, так и чужой. Безусловной предпосылкой этого является личностная целостность, умение принять свои негативные и слабые стороны, а также разглядеть в каждом из окружающих положительные стороны, давая в то же время право на существование негативных сторон в другом человеке.

Инструментальный компонент предполагает владение человеком рефлексией как средством самопознания, способностью концентрировать сознание на самом себе, своем внутреннем мире и своем месте во взаимоотношениях с другими. Этому соответствует умение человека понимать и описывать свои эмоциональные состояния и состояния других людей, возможность свободного и открытого проявления чувств без причинения вреда другим, осознание причин и последствий как своего поведения, так и поведения окружающих.

Потребностно-мотивационный компонент определяет наличие у человека потребности в саморазвитии, самоизменении и личностном росте. Это означает, что человек становится субъектом своей жизнедеятельности, имеет внутренний источник активности, выступающий двигателем его развития. Он полностью принимает ответственность за свою жизнь и становится «автором собственной биографии».

Таким образом, психологическое здоровье органически включено в личность и составляет одну из ее важнейших характеристик. Основу психологического здоровья составляет полноценное психическое развитие на всех этапах онтогенеза, включающее гармоничные взаимоотношения между человеком и средой, а также между различными аспектами человеческого «Я» – рациональным и эмоциональным, разумом и интуицией и т.п. Исходя из этих рассуждений, психологическое здоровье можно определить как динамическую совокупность психических свойств, обеспечивающих:

а) гармонию между различными аспектами внутреннего мира человека, а также между человеком и обществом;

б) возможность полноценного функционирования человека и его развития в процессе жизнедеятельности.

Контрольные задания и вопросы к разделу

1) Соотнесите ключевые понятия дисциплины и их определения:

1. Здоровье	а. оптимальное функционирование отдельных психических процессов и механизмов, необходимых для нормальной жизнедеятельности
2. Отношение к здоровью	б. состояние субъективного, внутреннего благополучия личности, обеспечивающее оптимальный выбор действий, поступков и поведения в ситуациях ее взаимодействия с окружающими
3. Психическое здоровье	в. состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие
4. Психологическое здоровье	г. определенная оценка индивидом своего психического или физического состояния

2) Назовите и поясните любые пять принципов ЗОЖ.

3) Назовите и поясните базовые составляющие элементы ЗОЖ.

4) Дайте краткую характеристику факторам, влияющим на здоровье.

5) Назовите и охарактеризуйте основные компоненты отношения к здоровью.

6) Охарактеризуйте основные научные подходы к изучению проблемы здоровья.

7) Обозначьте и поясните любые пять характеристик психологически здоровой личности.

8) Прочитайте статью Баякиной О.А (см. Приложение 1), подготовьте конспект и выделите основные идеи для обсуждения.

9) Изучите дополнительную литературу и подготовьте краткие доклады (5-10 минут) на тему основных факторов ЗОЖ (рационального сбалансированного питания, личной гигиены, занятий спортом и закаливания, вредных привычек и др.).

10) Проведите самообследование базового уровня собственного здоровья с помощью методик соответствующего раздела (выберите 3-4 методики из ряда предложенных). Оформите протоколы обследования и заключение по каждой методике, а также общее заключение о состоянии своего физического здоровья.

11) Проведите самообследование психического здоровья с помощью методик соответствующего раздела (выберите 3-4 методики из ряда предложенных). Оформите протоколы обследования и заключение по каждой методике, а также общее заключение о состоянии собственного психического здоровья.

12) Проведите самообследование психологического здоровья с помощью методик соответствующего раздела (выберите 3-4 методики из ряда предложенных). Оформите протоколы обследования и заключение по каждой методике, а также общее заключение о состоянии собственного психологического здоровья.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

Первые исследования и работы по проблеме профессионального здоровья появляются в 20-е годы XX в. в Америке, Англии, Германии, России и связаны, в первую очередь, с оформлением движения за научную организацию труда (НОТ) [5; 6; 7; 26; 27]. Основоположниками теории НОТ за рубежом считаются американцы Ф. Тейлор и Ф. Джилбрет. В подходе к обеспечению здоровья работников, занятых в промышленной сфере, Ф. Тейлора интересовали, прежде всего, экономические аспекты. Ф. Джилбрет первым выделяет значение психологического фактора в профессиональной деятельности и видит смысл НОТ в том, чтобы каждый испытывал радость труда и занимался тем делом, которое соответствует его физическим и психическим способностям. Главным условием радости труда и его продуктивности Ф. Джилбрет называл здоровье рабочих, для чего необходимо целесообразное устройство их рабочего места, обеспечение безопасности труда, необходимого отдыха и мер по профилактике утомления. Ф. Джилбрет первым настаивал на привлечении психологов для разрешения проблем персонала в производстве. Л. Джилбрет (доктор психологии, супруга Ф. Джилбрета) особое внимание в НОТ уделяла моральному развитию работников, которое достигается культивированием чувства ответственности за себя и других, чувства профессиональной гордости, справедливости, способности к самоконтролю. Хорошая организация труда, по мнению Л. Джилбрет, должна рассматривать тело и душу в их взаимосвязи и ориентироваться не только на профессиональное, умственное

и нравственное развитие работников, но и формировать у них стремление к здоровому образу жизни.

В Англии теории промышленной психологии и НОТ получили развитие в трудах Б. Мессиио, Ч. Мейерса, Ф. Уоттса. Б. Мессиио акцентировал внимание на проблеме правил охраны труда и профилактики несчастных случаев на производстве. Ч. Мейерс также обращается к вопросу безопасности производства и формулирует тезис об уважении достоинства, человеческой личности в рабочем. Ф. Уоттс уделяет особое внимание организации досуга работников и видит задачу психолога на предприятии в создании оптимальных духовных и физических условий для осуществления работы самого высокого качества. В Германии вопросы НОТ освещены в трудах И. Витте, которая отмечала ценность не только социального обеспечения рабочих, но и преобразования труда на основе этики, духовных ценностей, самостоятельности рабочих. Э. Крепелин исследовал факторы оптимальной организации труда, а также феномена утомления и его влияния на работоспособность и рассматривал труд как привилегию здорового человека.

В России тема профессионального здоровья и НОТ была раскрыта в работах В.М. Бехтерева, В.П. Кашкадамова, А.К. Гастева, Н.А. Витке и др. [5; 6; 7; 26; 27]. В 1918 г. в Петрограде был создан Институт по изучению мозга и психической деятельности, в состав которого вошла лаборатория труда. Лаборатория решала задачи по разработке мер по сохранению здоровья и развитию личности трудящихся на основе комплексного подхода. Был проработаны вопросы гармонизации и оздоровления трудового процесса, гигиены труда и охраны здоровья рабочих, соблюдения общего порядка жизни (организации правильного питания, соответствующих условий проживания, атмосферы семейных отношений, содержания профессиональной деятельности, характера отды-

ха и развлечений и др.). В 1920 г. в Москве был создан Центральный институт труда (ЦИТ), где под руководством А.К. Гастева были разработаны теория трудовых движений в производственных процессах, вопросы оптимальной организации рабочего места, обеспечения физического и психического здоровья работников, методика рационального производственного обучения. Н.А. Витке придавал большое значение вопросам трудовой мотивации и считал необходимым привлечение соответствующих знаний из физиологии, психологии и социологии для объективного исследования работоспособности трудящихся.

Сам термин «психология профессионального здоровья» впервые появился в научной литературе в конце 1980-х гг. По данным Р.А. Березовской, он был использован в 1986 году в книге Дж. Эверли, посвященной интеграции вопросов гигиены труда и психологии, по другим данным, его предложил в 1990 г. психолог Джонатан Рэймонд¹⁸.

В настоящее время проблема профессионального здоровья является достаточно изученной и проработанной в зарубежной и отечественной психологии, имеется большое количество научных трудов. В западной науке психология профессионального здоровья определяется как вклад прикладной психологии в решение вопросов профессионального здоровья..., изучение психологических, социальных и организационных аспектов динамической взаимосвязи профессиональной деятельности и здоровья (Т. Кокс, европейский подход). В рамках североамериканского подхода психология профессионального здоровья рассматривается как научно-практическое направление, включающее в себя междисциплинарное сотрудничество различных специалистов, включая психологов, целью которого является улучшение качества профессиональной жизни, повышение безопасности

¹⁸ <http://elib.bsu.by/bitstream/123456789/41120/1/18-23.pdf>

труда, здоровья и психологического благополучия специалистов во всех видах профессиональной деятельности [5]. В отечественной психологии термин начал использоваться с конца 1980-х – начала 1990-х гг. в работах В.А. Пономаренко, А.Г. Маклакова и др.¹⁹

По утверждению Г.С. Никифорова, проблема исследования здоровья в профессиональной деятельности в современной психологии находится на стыке двух научно-практических направлений: психологии труда и психологии здоровья [26; 27]. Психология труда – это система психологических знаний о труде как о деятельности и о трудящемся человеке как о ее субъекте. Психология здоровья – это система психологических знаний о причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития.

Понятие «здоровье» в рамках психологии труда рассматривается в соотношении с такими понятиями как:

– эффективность деятельности, которая определяется как результат сравнения итогов деятельности (внешняя или стратегическая эффективность) и ресурсов (в т.ч. и здоровье), затраченных на получение этих итогов (внутренняя или тактическая эффективность);

– качество труда, которое рассматривается как интегральная характеристика, фиксирующая показатели количества и качества выпускаемой продукции, взятые в отношении к психической и физиологической «цене» трудовых усилий, а также по отношению к показателям здоровья и развития личности трудящегося;

– профессиональное самосохранение – понятие, которое предполагает наличие у профессионала не только актуализированной потребности и личной ответственности за свое здоровье, но и наличие соответствующих способностей к саморегуляции, самовосстановлению в профессиональной деятельности;

¹⁹ <http://elib.bsu.by/bitstream/123456789/41120/1/18-23.pdf>

– профессионализм / профессиональная компетентность – включает в себя наряду с профессиональными знаниями, умениями и навыками еще и способность к индивидуальному самосохранению, умение правильно организовать свой труд, владение приемами саморегуляции и саморазвития, умение работать без перегрузок;

– профессиональная пригодность, одним из основных компонентов которой является дееспособность, характеризующая состояние здоровья (как физического, так и психического), необходимое для осуществления той или иной профессиональной деятельности;

– работоспособность, которая рассматривается как существенная характеристика профессионала, непосредственно связанная с его состоянием здоровья.

По данным Г.С. Никифорова, многочисленными исследованиями в данной области доказано, что состояние здоровья оказывает существенное влияние на процесс и результат деятельности, а также профессиональная деятельность, в свою очередь, воздействует на здоровье работника [26; 27]. Выявлено, что среди множества социально-психологических факторов, влияющих на состояние здоровья, профессиональная деятельность стоит на ведущем месте, однако при этом профессиональная деятельность влияет на состояние физического и психического здоровья неоднозначно, то есть она может его как ухудшать, так и улучшать. Также давно известно, что существуют группы так называемого «профессионального риска» или стрессогенные профессии, которые предъявляет к физическому и психическому здоровью профессионала повышенные требования, а результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют, что профессиональные заболевания часто являются следствием плохо организованной профессиональной деятельности и во многом препятствуют профессионализации.

На основе анализа имеющейся научной литературы, на наш взгляд, можно выделить три основные группы сформировавшихся на сегодняшний день направлений исследования проблемы профессионального здоровья:

- 1) определение понятия и сущности проблемы профессионального здоровья;
- 2) факторы, оказывающие влияние на состояние профессионального здоровья, и меры его поддержания;
- 3) проблема профессиональной патологии, в частности, эмоционального выгорания и его профилактики.

Кратко рассмотрим наработки, имеющиеся внутри выделенных направлений. Обратимся к определению *понятия профессионального здоровья*. В.А. Пономаренко рассматривает профессиональное здоровье как свойство организма сохранять необходимые компенсаторные и защитные механизмы, обеспечивающие профессиональную надежность и работоспособность во всех условиях профессиональной деятельности. По мнению А.Г. Маклакова, профессиональное здоровье следует понимать как определенный уровень характеристик здоровья специалиста, отвечающий требованиям профессиональной деятельности и обеспечивающий ее высокую эффективность. Согласно концепции А.Г. Маклакова уровень развития личного адаптационного потенциала человека определяет успешность его адаптации в процессе деятельности, а также возможность сохранения здоровья и профессиональной работоспособности в сложных или экстремальных условиях [6]²⁰.

И.П. Бобровницкий, А.Н. Разумов, В.А. Пискунов определяют профессиональное здоровье как процесс сохранения и развития регуляторных свойств организма, его физического, психического и социального благополучия, что обеспечивает высокую надежность профессиональной деятельности,

²⁰ <http://elib.bsu.by/bitstream/123456789/41120/1/18-23.pdf>

профессиональное долголетие и максимальную продолжительность жизни. С.А. Бугров, В.И. Шостак и Л.А. Яньшин под профессиональным здоровьем понимают свойство организма сохранять заданные компенсаторные и защитные механизмы, обеспечивающие работоспособность в условиях, в которых протекает профессиональная деятельность. Они предлагают представлять профессиональное здоровье в виде системы, основными структурными компонентами которой являются клинический психический и физический статус, определенный уровень функционального состояния, психических и физических качеств профессионала, функциональная устойчивость профессионала^{21 22}.

Г.С. Никифоров под профессиональным здоровьем предлагает понимать интегральную характеристику функционального состояния организма человека по физическим и психическим показателям с целью оценки его способности к определенной профессиональной деятельности с заданными эффективностью и продолжительностью на протяжении заданного периода жизни, а также устойчивость к неблагоприятным факторам, сопровождающим эту деятельность [26; 27].

Очевидно, что общим для всех определений является рассмотрение профессионального здоровья как интегрального качества в целостной системе «здоровье – работоспособность – эффективность»: все специалисты в той или иной мере говорят о *работоспособности* как главном показателе (критерии) профессионального здоровья.

Г.С. Никифоров определяет работоспособность в сопоставлении с терминами *трудоспособности* (способности к труду, зависящей от состояния здоровья работника, используемой во врачебно-трудовой экспертизе) и *дееспособности*

²¹ <http://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=513570>

²² <http://socio.ru/baza-znani/polnotekstovye-versii-zhurnalov/uchenye-zapiski-sankt-peterburgskogo-gosudarstvennogo-instituta-psikhologii-i-socialnoi-raboty/vypuskn-1-13-2010/problema-socialno-psikhologicheskogo-issledovaniya-professionalnogo-zdorovja-lichnosti/>

(юридического понятия) [26; 27]. *Профессиональная работоспособность* – максимально возможная эффективность (производительность) деятельности специалиста, обусловленная функциональным состоянием его организма с учетом ее физиологической стоимости, т. е. величины затраченных физических и психических резервов организма в процессе деятельности (уровень энергозатрат за период работы + выраженность утомления к концу деятельности). К факторам профессиональной работоспособности автор относит:

– физическую работоспособность: физическое развитие (антропометрические данные); физическую подготовленность (сила, скорость, выносливость); показатели вегетативного обеспечения физической деятельности (аэробная и анаэробная производительность);

– умственную работоспособность / показатели психического статуса: степень адекватности состояния психической активности применительно к определенным конкретным условиям; характеристики когнитивных процессов (внимания, памяти, мышления, восприятия); обучаемость; личностные особенности.

– социальные и социально-психологические факторы: отношения в коллективе; материально-техническая обеспеченность; эффективное управление, мотивация к деятельности.

Е.А. Климов и В.А. Бодров при изучении системы «человек–профессия» выделяют основополагающую роль комплексу характеристик человека, от которых в большей или меньшей степени зависит конечный успех в профессиональном становлении и которые в совокупности определяют уровень профессиональной пригодности человека [7; 17]:

1) профессиональная мотивация как побудительная и направляющая активность личности на удовлетворение не только биологических потребностей, но и, прежде всего, потреб-

ности в труде, познании, общении, самоутверждении, самореализации, самосовершенствовании и т. д.;

2) общая и профессиональная подготовленность в форме предварительных (для освоения профессии) и квалификационных (с учетом уровня профессионализации) знаний, навыков и умений, необходимых для выполнения типовых и нестандартных трудовых задач;

3) уровень функциональной готовности и резервов организма к трудовой деятельности, развитие профессионально важных физиологических функций анализаторов и физических качеств (сила, скорость, выносливость, ловкость);

4) состояние индивидуально-психологических функций человека и прежде всего профессионально важных качеств для конкретной деятельности, характеризующих познавательные процессы и психомоторику, темпераментальные, характерологические и эмоционально-волевые особенности личности.

При этом профессиональная пригодность зависит не просто от совокупности профессионально важных качеств личности, но и от степени их выраженности и характера взаимосвязи.

В то же время при анализе профессиональной пригодности конкретного человека к данной деятельности профессионально важные для нее качества, по мнению Е.А. Климова, в каждом случае образуют нечто целое – систему. Он определил пять основных слагаемых этой системы [7; 17]:

– гражданские качества (идейный и моральный облик человека, его нравственные качества и т. д.);

– отношение к труду, профессии (мотивы, интересы, склонности, черты характера: добросовестность, трудолюбие, ответственность, критичность и т.д.);

– дееспособность (особенности соматического и психического здоровья, физическое развитие, общие способности);

– специальные способности и другие профессионально важные качества для отдельной деятельности и нескольких ее видов;

– профессиональная подготовленность (знания, навыки, умения, опыт).

В целом, рассмотрению факторов, оказывающих влияние на состояние профессионального здоровья человека, посвящено большое количество трудов [5; 6; 7; 17; 26; 27]. У Г.С. Никифорова разработана целая концепция психологического обеспечения профессионального здоровья, которая предполагает процесс непрерывного психологического сопровождения специалиста на всем протяжении его трудового пути: от начала профессионального становления, в период активного развития и функционирования и до момента завершения, т. е. выхода на пенсию. Такое сопровождение направлено на обеспечение безопасности жизнедеятельности, сохранение здоровья, работоспособности и профессионального долголетия человека в процессе трудовой деятельности [26; 27]. Он выделяет две главные цели психологического обеспечения профессионального здоровья:

1) повышение компетентности в области здоровья, укрепление резервных возможностей профессионала и выработка навыков здорового поведения;

2) профилактика дисфункций, или редукция источников рабочего стресса.

Реализации целей данной программы, по мнению Г.С. Никифорова, способствует решение следующих задач:

1) Профессиональное самоопределение. По данным исследований, неудачный выбор профессии влечет за собой потерю удовлетворенности от выполняемой работы, желание совершенствоваться в ней, снижение производительности труда, рост несчастных случаев и профессиональных заболеваний, деформаций в психическом самочувствии человека.

Правильная и своевременная профессиональная ориентация, психологическая диагностика профессиональной направленности и наличия / выраженности профессионально значимых качеств, внутренняя мотивация выбора профессии являются важным условием обеспечения профессионального здоровья. При выборе профессии необходимо учитывать:

- интересы, способности, прошлый опыт, представление о будущей профессии;
- индивидуальные особенности (черты характера, темперамент и свойства нервной системы);
- уровень подготовки, культурный кругозор, мировоззрение, школьную успеваемость;
- состояние здоровья;
- социальные факторы (место жительства, профессия и советы родителей, рекомендации учителей, товарищей, средств массовой информации).

2) Профессиональная подготовка. Будущий специалист в процессе профессиональной подготовки должен не только овладеть системой профессиональных знаний, представлений и навыков, но и в обязательном порядке освоить программу профессионального самосохранения. Традиционно задачами такой программы являются:

- овладение приемами самовосстановления после перегрузок, приемами психической саморегуляции и нормализации уровня работоспособности, устранения последствий профессионального утомления;
- осознание и принятие ответственности за собственное здоровье, формирование готовности к постоянному самоизменению и развитию;
- формирование представлений о факторах риска в своей профессии, профилактика возможных личностных деформаций, профессионального выгорания, несчастных случаев и профессиональных заболеваний.

3) Профессиональная адаптация. На новом месте у работника уходит до нескольких месяцев, чтобы приспособиться к условиям деятельности, профессиональным задачам, требованиям руководства, социальным факторам профессиональной среды – коллективу, распорядку организации и т.д. Эффективность адаптации снижают такие факторы как неясность в определении должностных обязанностей, неудобный режим и место работы, невысокая заработная плата, неудовлетворительный социально-психологический климат в коллективе, отсутствие перспектив карьерного роста. Также на адаптацию оказывают влияние возраст, пол и индивидуальные особенности личности: легче проходят адаптацию молодые люди, женщины и люди с высоким адаптационным потенциалом (эмоционально устойчивые, гибкие, коммуникабельные, уверенные в себе). При успешной адаптации у человека появляются удовлетворенность выполняемой работой, условиями, отношениями в коллективе; успешность в выполнении профессиональных обязанностей.

4) Надежность профессиональной деятельности. Надежность профессиональной деятельности предполагает безошибочное выполнение человеком возложенных на него профессиональных обязанностей (функций) в течение требуемого времени и при заданных условиях деятельности. Надежность профессиональной деятельности обеспечивается рядом факторов: хорошее физическое и психическое здоровье и самочувствие работника, высокий уровень его профессиональной квалификации, позитивная мотивация, высокий уровень морально-нравственных качеств личности, благоприятный психологический климат в трудовом коллективе, правильный режим и условия труда, соблюдение правил психогигиены, минимизация социального стресса, профилактика профессионального выгорания как со стороны самого работника, так и со стороны орга-

низации. В крупных организациях обеспечение надежности профессиональной деятельности часто связано с разработкой оздоровительных программ для персонала. Работников знакомят с основными факторами риска для здоровья вообще, с помощью медицинского и психологического обследования дают информацию относительно их собственных факторов риска, предлагают индивидуальный план здорового образа жизни, медицинскую страховку, медицинское обслуживание, санаторно-курортное лечение и т.д.

5) Организация и содержание трудовой деятельности. Для профессионального здоровья работника данный фактор имеет огромное значение. В профессиональной деятельности имеется огромное количество обстоятельств, ведущих к стрессу, снижению работоспособности человека и угрозе безопасности деятельности. Среди них: тяжелые условия труда, перегрузки, однообразие выполняемой работы, неудобный (нестабильный) график работы, неблагоприятное воздействие факторов окружающей среды, опасное производство, реорганизация на работе, повышенная ответственность и трудность выполняемой деятельности, неадекватный объем принимаемых решений, переутомление, плохое здоровье работника, новизна, неясность обязанностей и прав, проблема статуса и карьерных перспектив, перспектива сокращения, неудовлетворенность оплатой труда, нездоровый психологический климат в коллективе, личные проблемы. Существенное влияние на характер развития стресса, глубину и последствия его переживания оказывают индивидуальные особенности человека, в частности, его стрессоустойчивость. Развитию стрессоустойчивости способствуют такие качества как оптимизм, чувство юмора, доброжелательность, самоуважение, самообладание, самоконтроль и воля.

6) Безопасность труда. Безопасность имеет самое непосредственное отношение к проблеме профессионального

здоровья, долголетия и жизни: по данным статистики, огромное число людей получили травмы или погибли на работе в результате несчастных случаев, при этом в 80% случаев это произошло по вине самих работников. Объективные причины нарушения безопасности: плохая организация рабочего места, дефекты или неудовлетворительное состояние оборудования, отсутствие или недостатки средств защиты и безопасности, неблагоприятное воздействие факторов физической среды, чрезмерная интенсивность или монотонность труда, его тяжесть, дефицит двигательной активности, недостаточная четкость и полнота инструкций по охране труда, плохой психологический климат в коллективе. Субъективные причины: дефицит внимания, наблюдательности, критичности мышления, дефекты органов чувств, нарушение сенсорных и двигательных функций, недостаток скорости реакций и способности прогнозировать, эмоциональные состояния (аффекты, стрессы, тревожность, депрессия, агрессивность, переутомление), аддикции (алкоголизм, наркомания и др.), личностные особенности (склонность к риску, неадекватная самооценка, конфликтность, неуравновешенность, импульсивность, эгоцентризм, дефицит самоконтроля и др.), низкая мотивация к работе, пренебрежение правилами безопасности. Кроме того, встречаются сознательные нарушения правил безопасности. Среди причин такого явления: экономия сил и времени, адаптация к опасности (привыкание), самоутверждение в глазах окружающих или в собственных глазах, стремление следовать групповым нормам, ориентация на авторитеты и начальство, переоценка собственного опыта и сил.

В концепции профессионального здоровья Л.М. Митиной ведущий акцент также делается на психологическом сопровождении профессионального здоровья [6; 21]. Согласно Л.М. Митиной психологический аспект рассмотрения про-

фессионального здоровья предполагает учет такой его характеристики, как многоуровневость (инструментальный, смысловой и экзистенциальный уровни саморегуляции при ведущей роли последнего). Одним из основных положений концепции является идея возможности сохранения и укрепления профессионального здоровья путем самоизменения специалиста, посредством работы с его экзистенциальным уровнем саморегуляции, а также повышением профессионального самосознания личности. Аналогичным образом в психолого-акмеологической концепции развития профессионального здоровья специалиста Г.Г. Вербиной профессиональное здоровье определяется как система основных психофизиологических функций, личностных качеств и деятельностных проявлений, сформированность которых является условием и предпосылкой сбалансированного профессионального развития специалиста. Автором особо отмечается, что профессиональное здоровье обеспечивает не только профессиональную продуктивность, но и психологическое благополучие, удовлетворенность, развитие и самосовершенствование специалиста за счет здоровьесберегающей самопреобразующей деятельности [6; 11].

Параллельно с психологией профессионального здоровья развивалось такое направление исследования, как *профессиональная патология* – отрасль медицинской науки, изучающая влияние неблагоприятных условий труда на состояние здоровья человека. Предметом изучения профессиональной патологии является клиника, профилактика и терапия различных заболеваний, в развитии которых играют определенную роль профессиональные вредности. Профессиональный характер болезни проявляется в первую очередь в том, что она возникает исключительно при работе с данными вредностями или во много раз чаще, чем в иных условиях. При этом профессиональные вредности могут служить не только опре-

деляющим этиологическим фактором, но и оказывать существенное влияние на возникновение, течение и исход обычных заболеваний. Общепринятой классификации профессиональных болезней не существует, в основном болезни выделяют согласно причинам, их вызывающим:

- положение тела во время работы и перенапряжение отдельных органов и систем;
- действие пыли, неблагоприятных метеорологических условий, атмосферного давления;
- действие шума, вибрации, излучения, ультра- и инфразвука;
- действие токсических веществ, инфекционных и паразитарных факторов.

Еще в советское время в целях поддержания профессионального здоровья и долголетия на предприятиях и в организациях реализовывался комплекс мероприятий по сохранению ресурсов на протяжении рабочей смены, восстановлению (за период отдыха) и повышению работоспособности в экстремальных условиях. Мероприятия базировались на двух основных принципах:

а) предотвращение или устранение неблагоприятных сдвигов в организме, развивающихся в процессе трудовой деятельности;

б) расширение функциональных резервов организма или повышение способности их мобилизации.

В такой комплекс мероприятий, проведение которых реально в тех или иных конкретных условиях, входили такие аспекты, как режим труда и отдыха, оздоровительная и укрепляющая физкультура, рациональное питание, исключение вредных привычек, закаливание, ультрафиолетовое облучение, дополнительная витаминизация и использование адаптогенов. К мероприятиям, применяемым в экстремальных условиях, относились: дыхание кислородом при нормальном

и повышенном давлении, воздействие импульсным электрическим током, применение электросна, использование фармакологических препаратов под контролем врача-физиолога (психофизиолога).

Существовала достаточно эффективная система профессиональной реабилитации, куда входил комплекс государственных, социальных, экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических, технических, правовых мероприятий, направленных на восстановление или компенсации нарушенных функций организма, профессиональной работоспособности и социального статуса человека. Элементы такой комплексной программы могли включать восстановление физической работоспособности; нормализацию психических функций, эмоций, психосоматических взаимоотношений (психомоторики и психовегетатики), структуры личности, поведения, сознания и др.; восстановление способности в повседневных условиях жизнедеятельности выполнять все бытовые акты в необходимом объеме; восстановление, а при невозможности – создание нового, приемлемого для данного конкретного человека положения в обществе, в семье, в коллективе; восстановление всех знаний, навыков и умений, необходимых для осуществления на должном уровне профессиональной деятельности по ранее приобретенной специальности или, при невозможности, помощь в выборе посильной трудовой деятельности. Этапы такой реабилитации могли включать:

- специализированный стационар, где должна быть сформирована и зафиксирована программа реабилитации в целом;

- реабилитационное отделение (учреждение), где в максимальном объеме сконцентрированы средства и способы, применение которых позволит довести пациента до санаторного или амбулаторного этапов;

– санаторно-курортное учреждение реабилитационной направленности;

– амбулаторно-поликлиническое учреждение.

Для профессий социального ряда, однако, актуальной является проблема не столько физических травм и повреждений здоровья в результате несчастных случаев или неблагоприятных факторов окружающей среды, сколько проблема истощения психологических ресурсов в результате переизбытка профессиональной коммуникации. Эту проблему назвали термином *«профессиональное (эмоциональное) психическое выгорание»* (далее синдром эмоционального выгорания или СЭВ). В зарубежной литературе термин «burnout» был введен американским психиатром Х. Фрейденбергером в 1974 г. для обозначения переживания человеком состояния физического, эмоционального и психического истощения, вызванного длительной включенностью в эмоционально напряженные и значимые ситуации. Синдром выгорания берет свое начало в хроническом повседневном напряжении или эмоциональном переутомлении, переживаемом человеком в лично значимых ситуациях общения с другими людьми. Чаще такая стрессовая реакция возникает вследствие продолжительных профессиональных стрессов средней интенсивности, в связи с чем этот синдром ряд авторов обозначает как профессиональное выгорание.

Ряд исследований в начале 70-х гг. XX в. обнаружил специфическую симптоматику выгорания у лиц именно помогающих профессий: социальных и медицинских работников, работников благотворительных организаций, администраторов и обслуживающего персонала, учителей. Позже список профессий, связанных с опасностью выгорания, был дополнен адвокатами, полицейскими, тюремщиками, политиками, торговым персоналом, менеджерами среднего и высшего звена. В качестве основной причины СЭВ был назван

дефицит обратной связи и благодарности от людей, кому оказывалась помощь – они воспринимали это как должное [26; 27]. Далее ученые сконцентрировались на списке специфических симптомов выгорания, и к началу 1980-х гг. было названо и описано более 100 симптомов, большинство из которых позже нашли подтверждение в статистических исследованиях данных.

Проблема сущности, причин и симптомов СЭВ отражена в работах таких зарубежных ученых как К. Маслач, С. Джексон, Б. Перлман, Е. Хартман и др. и ряда отечественных ученых (Т.В. Форманюк, Н.Е. Водопьянова, А.А. Рукавишников, Н.В. Гришина, В.В. Бойко и др.). По данным исследований Р.А. Березовской, проблемы профессионального выгорания, стресса в профессиональной деятельности, надежности и безопасности профессиональной среды, сохранения и поддержания физического и психического здоровья работающего человека и по сей день актуальны и являются основным предметом научных исследований зарубежных ученых [5]. В отечественных научных публикациях данная проблема начинает занимать центральное место только в 1998-2005 гг. [6]²³

К. Маслач и С. Джексон к наиболее характерным проявлениям СЭВ относят чувство эмоционального истощения или изнеможения, невозможность работать с полной отдачей сил, дегуманизацию (деперсонализацию) как тенденцию к циничности и негативизму по отношению к зависимым лицам (пациентам, клиентам, подчиненным, учащимся), негативное самовосприятие в профессиональном плане (редуцирование личных достижений или обязанностей).

Б. Перлман и Е. Хартман определили СЭВ как ответ на хронический эмоциональный стресс, включающий три компонента: эмоциональное и/или физическое истощение;

²³ <http://elib.bsu.by/bitstream/123456789/41120/1/18-23.pdf>

снижение рабочей продуктивности; деперсонализацию, или дегуманизацию, межличностных отношений. Среди наиболее характерных последствий СЭВ авторы называют: деформацию Я-концепции (повышение негативизма по отношению к «Я»), гневливость, циничность, подозрительность, депрессию, сверхдоверчивость, ригидность и различные формы дезадаптации, которые непосредственно относятся к психосоциальному здоровью личности.

Исследователи выделяют три группы факторов, оказывающих определенное влияние на развитие СЭВ в профессиях социального ряда: личностные, статусно-ролевые и корпоративные (профессионально-организационные).

К личностным факторам риска СЭВ относятся: интроверсия, реактивность, низкая или чрезмерно высокая эмпатия, жесткость и авторитарность по отношению к другим; низкий уровень самоуважения и самооценки, трудоголизм, высокая конфликтность, агрессивность, импульсивность, низкая коммуникативная компетентность. Статусно-ролевые факторы риска СЭВ включают: низкий социальный статус, отверженность в референтной группе, негативные полоролевые установки, ролевые поведенческие стереотипы и конфликты, ролевую неопределенность, неудовлетворенность профессиональным и личностным ростом. Корпоративные (профессионально-организационные) факторы риска СЭВ включают: неудовлетворенность психологической атмосферой в коллективе, несправедливость и неравенство взаимоотношений в организации, отсутствие корпоративной сплоченности, слабую организационную культуру.

Г.С. Никифоров выделяет такой фактор СЭВ, как чувство субъективного неблагополучия – переживание неудовлетворенности своей профессиональной деятельностью, которое сопровождается психосоматическими симптомами (бессонницей, недомоганием, нарушением аппетита, депрессией,

хронической усталостью), а также злоупотреблением стимуляторами, преобладанием негативных эмоций и т.п. [26; 27].

На основе проведенных исследований Н.В. Водопьянова составила «рейтинг» современных профессий, подверженных СЭВ. На 1-м месте находятся учителя средних школ, на 2-м месте – врачи-терапевты, медсестры хирургических и реанимационных отделений, на 3-м месте – социальные работники, на 4-м месте – менеджеры, продавцы, работники банков. К профессиональным факторам риска СЭВ для работников социальных профессий Н.В. Водопьянова относит:

- высокую насыщенность рабочего дня общением;
- большое количество разных по содержанию и эмоциональной напряженности контактов;
- высокую ответственность за результат общения;
- определенную зависимость от партнеров общения: необходимость понимания их индивидуальных особенностей, притязаний и ожиданий, частые притязания на неформальные отношения при решении их проблем;
- конфликтные или напряженные ситуации общения, обусловленные недоверием, несогласием и проявляющиеся в различных формах отказа от дальнейшего взаимодействия (общения) [12].

Г.С. Никифоров данный список факторов риска СЭВ для работников профессий социального ряда значительно дополняет и расширяет [26; 27]:

- когнитивно-сложные коммуникации;
- эмоционально-насыщенное деловое общение;
- высокие требования к постоянному саморазвитию и повышению профессиональной компетентности;
- высокая ответственность за дело и за других людей;
- высокая динамичность и большое количество служебных контактов;
- большая вероятность межличностных конфликтов;

- необходимость быстрой адаптации к новым людям и быстро меняющимся профессиональным ситуациям;
- высокие требования к самоконтролю и интерперсональной чувствительности;
- нереализованные жизненные и профессиональные ожидания;
- неудовлетворенность самоактуализацией;
- неудовлетворенность достигнутыми результатами;
- разочарование в других людях или в избранном деле;
- обесценивание и потеря смысла своих усилий;
- переживание одиночества;
- ощущение бессмысленности активной деятельности и жизни и др.

Как уже отмечалось выше, снижению риска СЭВ и преодолению негативных последствий профессиональных вредностей психологического характера во многом способствует такое свойство личности, как стрессоустойчивость. Стрессоустойчивость можно понимать как совокупность личностных качеств, позволяющих человеку переносить значительные интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки (перегрузки), обусловленные особенностями деятельности, личности, событий без особых вредных последствий для деятельности, окружающих и своего здоровья, то есть, можно сказать, что это – некий адаптационный потенциал личности.

Характеристика ресурсов адаптивности и стрессоустойчивости дается в теориях преодоления стресса Г. Селье, Э. Фромма, Р. Лазаруса, С. Фолкмана, С. Хобфолла, С. Нормана, Д. Эндлера, Д. Джеймса, М. Паркера, А. Биллингса, Э. Хейма и др. В отечественной психологии теория преодоления стресса нашла отражение в трудах Б.Г. Ананьева, Л.В. Куликова, Т.А. Крюковой, Л.И. Анцыферовой, Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой и др.

В зарубежных исследованиях в основу понимания адап-

тации положены, в основном, психофизиологические и психологические теории стресса, и для обозначения преодолевающего стресс поведения используется термин «копинг» (coping), исследования которого начались в американской психологии еще в начале 1960-х гг.

Первые значимые исследования копинга принадлежат Р. Лазарусу и С. Фолкману, которые рассматривают копинг как совокупность когнитивных и поведенческих усилий, затрачиваемых индивидом для ослабления стресса, или как стабилизирующий фактор, который помогает людям поддерживать психосоциальную адаптацию в течение периодов стресса. Они выделили два базовых модуса психологического преодоления: проблемно-ориентированный копинг (усилия направляются на решение возникшей проблемы) и эмоционально-ориентированный копинг (изменение собственных установок в отношении ситуации, мобилизация ресурсов для регулирования переживаний стресса – дистанцирование, поиск позитивных смыслов и др.). С. Норман, Д. Эндлер, Д. Джеймс, М. Паркер основываются на выделенных Р. Лазарусом и С. Фолкманом видах копинга, углубляя и расширяя представления о данных стратегиях.

А. Билингс и Р. Моос выделяли активные (оценка ситуации, вмешательство в ситуацию) и пассивные (эскапизм) стратегии преодоления стресса. В концепции психологического стресса и консервации ресурсов С. Хобфолла рассматривается антиципаторный копинг. Согласно данной концепции стресс возникает в ситуациях, представляющих угрозу потери ресурсов: фактической потери ресурсов или отсутствия адекватного возмещения истраченных ресурсов (когда вложение личных ресурсов для достижения желаемого значительно превышает получаемый результат). Для повышения стрессоустойчивости важным оказывается накопление (консервация) ресурсов даже тогда, когда нет действующего

стресса (антиципаторный копинг). Хобфолл называет ресурсами то, что ценно для человека и помогает ему сохранять психологическую устойчивость в стрессовых ситуациях. Ресурсы включают в себя объекты (цели), состояния, личные и энергетические характеристики, которые необходимы для выживания либо служат средствами достижения лично значимых целей. Люди стремятся получить, сохранить и защитить то, что ценно для них, и стараются использовать свои ресурсы наилучшим способом. С. Хобфолл рассматривает модели копинга, основанные на трех полярных континуумах:

1) активная (ассертивные действия) / пассивная (осторожные действия, избегание);

2) просоциальная (вступление в социальный контакт, поиск социальной поддержки) / асоциальная (асоциальные действия, агрессивные действия);

3) прямая (импульсивные действия) / непрямая (манипулятивные действия).

Аналогичная идея высказана в работах Г. Селье, который предложил различать два вида адаптационных ресурсов человеческого организма при стрессе: поверхностная адаптационная энергия и глубокая адаптационная энергия. Поверхностные ресурсы организма активизируются в стрессовой ситуации по первому требованию, они достаточно легко восстанавливаются (после отдыха, полноценного сна и питания, релаксации и др.). Поверхностная адаптационная энергия восполняется за счет глубокой адаптационной энергии, которая мобилизуется путем адаптационной перестройки гомеостатических механизмов организма. Активизация глубокой адаптационной энергии начинается тогда, когда человек долго находится в стрессовой ситуации и израсходовал поверхностные энергетические ресурсы. Истощение глубоких ресурсов необратимо и ведет к болезням, старению и гибели организма.

Т. Ханна²⁴ выделяет две формы стресса: дистресс (реакция избегания, или «реакция красного света» – вызван длительной адаптацией нервно-мышечной системы к длительному негативному стрессу, проявляется в виде болей и зажимов в передней области тела) и эустресс (реакция действия или «реакция зеленого света» – вызван длительной адаптацией нервно-мышечной системы к длительному позитивному стрессу, проявляется в виде болей и мышечных зажимов в спине). Дистресс сопровождается эмоцией страха, эустресс – повышенной психомоторной готовностью и мышечным тонусом. Длительное застревание в той или иной форме стресса приводит к ухудшению здоровья, соматическим нарушениям и преждевременному старению. Главный способ устранения таких проблем, согласно Т. Ханна – научение ощущению правильного функционирования собственного тела, правильной работы мышц с помощью комплекса специальных упражнений.

Э. Фромм выделил три психологических ресурса, помогающих человеку в преодолении трудных жизненных ситуаций: надежда, рациональная вера и душевная сила (мужество).

Э. Хейм распределяет виды копинг-поведения на три основные группы по отнесенности к сфере психики (когнитивные, эмоциональные, поведенческие) и по степени их адаптивных возможностей (адаптивные, относительно адаптивные, неадаптивные).

Адаптивные варианты копинг-поведения:

- когнитивные копинг-стратегии (проблемный анализ, установка собственной ценности, сохранение самообладания).
- эмоциональные копинг-стратегии (протест, оптимизм).
- поведенческие копинг-стратегии (сотрудничество, обращение, альтруизм).

²⁴ <http://hanna-somatics.ru/files/Tom.Hanna-Somatics.pdf>

Относительно адаптивные варианты копинг-поведения (их конструктивность зависит от значимости и выраженности ситуации преодоления):

– когнитивные копинг-стратегии (относительность, задача смысла, религиозность).

– эмоциональные копинг-стратегии (эмоциональная разрядка, пассивная кооперация).

– поведенческие копинг-стратегии (компенсация, отвлечение, конструктивная активность).

Неадаптивные варианты копинг-поведения:

– когнитивные копинг-стратегии (смирение, растерянность, диссимуляция, игнорирование).

– эмоциональные копинг-стратегии (подавление эмоций, покорность, самообвинение, агрессивность).

– поведенческие копинг-стратегии (активное избегание, отступление).

В рассмотрении проблемы адаптации и преодоления стресса в отечественной психологии ученые опираются на методологию активности психики, используя такие термины, как активное приспособление индивида к среде (А.Ф. Лазурский), деятельностное присвоение (А.Н. Леонтьев), векторная активность, т. е. направленность на преобразование вовне или внутри себя (А.А. Реан).

Д.А. Леонтьев выделяет внешние и внутренние факторы, оказывающие значимое влияние на уровень стрессоустойчивости личности. К внешним факторам относятся конфликтные ситуации в семейной или учебной сфере, затруднения в построении неформального общения, неблагоприятное состояние непосредственного окружения и особенности группы. Не менее значимыми являются внутренние факторы – индивидуально-личностные особенности (тип нервной системы и темперамента, локус контроля, интроверсия/экстраверсия, сенситивность, нервно-психическая устой-

чивость, самооценка, уровень конфликтности личности, эмоционально-волевые качества и др.). Данные качества составляют «адаптационный потенциал» личности. По мнению Д.А. Леонтьева, в зарубежной психологии этому понятию соответствует понятие «жизнестойкость» (*hardiness*), введенное С. Мадди, – особый паттерн установок и навыков, позволяющих превратить изменения в возможности. Через углубление аттитудов включенности, контроля и вызова (принятия вызова жизни), обозначенных как «*hardiness*», человек может одновременно развиваться, обогащать свой потенциал и совладать со стрессами, встречающимися на его жизненном пути.

Б.Г. Ананьев отмечал, что стресс-толерантность личности и выносливость по отношению к фрустраторам зависит от поддержки, моральной помощи, соучастия, сочувствия других людей, солидарности группы (социальной поддержки как референтной группы, так и социальных институтов). Социальная поддержка – важный ресурс сохранения психологической устойчивости личности в стрессовых ситуациях; и положительное социальное окружение (семья, друзья, коллеги) может быть одним из важнейших факторов сохранения стрессоустойчивости личности. Способность обратиться за внешней поддержкой и принять ее – это внутренний ресурс личности, который во многом зависит от ее социально-психологической активности. Выделение поиска социальной поддержки как отдельной копинг-стратегии позднее использовал в своих работах зарубежный ученый Дж. Амирхан.

Л.И. Анцыферова выделяет в качестве стратегий совладания с жизненными трудностями преобразующие стратегии и стратегии приспособления (изменения собственных характеристик и отношений к ситуации).

Г.С. Никифоров упоминает копинг, сфокусированный на цели и на процессе, и добавляет к вышеназванным факторам еще и психологическую компетентность индивида

(уровень его психологической грамотности и культуры). Г.С. Никифоров выделяет личностные ресурсы, информационные и инструментальные ресурсы преодоления стресса [26]. К личностным ресурсам относятся:

- активная мотивация преодоления, отношение к стрессам как возможности приобретения личного опыта и возможности личностного роста;
- сила Я-концепции, самоуважение, самооценка, собственная значимость, самодостаточность;
- активная жизненная установка: чем активнее отношение к жизни, тем больше психологическая устойчивость в стрессовых ситуациях;
- позитивность и рациональность мышления;
- эмоционально-волевые качества;
- физические ресурсы (состояние здоровья и отношение к нему как к ценности).

К информационным и инструментальным ресурсам относятся:

- способность контролировать ситуации (оценивать адекватно степень ее воздействия на человека);
- использование методов или способов достижения желаемых целей (мастерство, способность, успешность);
- способность к адаптации, интерактивные техники изменения себя и окружающей ситуации, информационная и деятельностная активность по преобразованию ситуации взаимодействия личности и стресс-ситуации;
- способность к когнитивной структуризации и осмыслению ситуации;
- материальные ресурсы.

Контрольные задания и вопросы к разделу

1) Раскройте сущность понятия «здоровье» в рамках современной психологии труда. Дайте определение понятию профессионального здоровья.

2) Назовите основные направления исследования проблемы профессионального здоровья, поясните суть каждого направления.

3) Дайте определение понятию работоспособности, охарактеризуйте факторы, влияющие на работоспособность.

4) Раскройте сущность концепции психологического обеспечения профессионального здоровья Г.С. Никифорова, назовите ее основные задачи.

5) Назовите основные причины нарушений профессионального здоровья.

6) Назовите основные меры профилактики нарушений здоровья и профессиональной реабилитации в профессиональной сфере.

7) Дайте определение понятию синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) в профессии.

8) Назовите симптомы СЭВ и факторы, влияющие на развитие СЭВ.

9) Назовите основные факторы риска выгорания для представителей профессий социального ряда.

10) Обозначьте основные способы профилактики и преодоления СЭВ.

11) Изучите дополнительную литературу по исследованиям СЭВ у педагогов, подготовьте короткий доклад.

12) Дайте определение понятиям стрессоустойчивости и копинга. Выделите основные теории стресса и классификации копинг-стратегий.

13) Прочитайте статьи Р.А. Березовской [5; 6] (см. Приложение 2)²⁵, подготовьте конспект и выделите основные идеи для обсуждения. Сравните подходы к изучению и состояние проблемы профессионального здоровья в России и за рубежом.

14) Проведите самообследование копинг-стратегий поведения с помощью методик соответствующего раздела (вы-

²⁵ <http://elib.bsu.by/bitstream/123456789/41120/1/18-23.pdf>

берите две методики из ряда предложенных). Оформите протоколы обследования и заключение по каждой методике, а также общее заключение о своих ведущих стратегиях совладающего поведения.

15) Проведите обследование уровня СЭВ у человека, работающего не менее 3-5 лет, с помощью методик соответствующего раздела (выберите две методики из ряда предложенных). Оформите протоколы обследования и заключение по каждой методике, а также общее заключение об уровне СЭВ.

МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ БАЗОВОГО УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ

Теппинг-тест. Методика диагностики здоровья по почерку. Опросник САН. Анкета «Будем здоровы!».
Опросник-анкета «Ориентировочная оценка здорового поведения». Опросник-анкета «Исследование представлений о здоровом образе жизни». Опросник «Индекс отношения к здоровью» С.Д. Дерябо, В.А. Ясвина. Опросник «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской. Опросник SF-36. Опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения (ВОЗКЖ-100).
Методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса
[2; 8; 14; 19; 24; 30]

В данном разделе представлены методики, которые можно условно обозначить как методики диагностики базового уровня здоровья человека (физические и психофизиологические характеристики, определяющие самочувствие и функциональное состояние, установки по отношению к собственному здоровью). С помощью этих методик можно:

- выявить склонность к определенным заболеваниям, тем самым понять риски для здоровья и определить направления профилактической работы;
- определить тип нервной системы, что позволяет определить режим работы, уровень работоспособности и утомляемости, включенности в деятельность;
- исследовать образ жизни (особенности режима труда и отдыха, питания, активности; наличие вредных привычек, предрасположенности к определенным заболеваниям и т.д.), выявить отношение к здоровью и ЗОЖ, что также позволяет

обнаружить людей группы риска и принять соответствующие профилактические меры.

Теппинг-тест

Цель: определение силы нервной системы по психомоторным показателям.

Методика предназначена для экспресс-диагностики силы нервной системы у лиц, достигших старшего дошкольного возраста (если ребенок уверенно держит в руке карандаш). Методика основана на определении динамики максимального темпа движения рук. Учеными доказано, что сила нервных процессов является показателем работоспособности нервных клеток и нервной системы в целом. Сильная нервная система выдерживает большую по интенсивности и длительности нагрузку, чем слабая. Люди со слабой нервной системой попадают в группу риска по здоровью, так как быстро утомляются, могут иметь слабый иммунитет и склонность к защитным реакциям по типу «ухода в болезнь».

Необходимое оборудование: стандартные бланки, представляющие собой листы бумаги А4 (210х297), разделенные на шесть (расположенных по три в ряд) равных прямоугольников, секундомер, карандаш или яркий маркер.

Процедура обследования: диагност дает команду взять карандаш доминантной рукой и по его сигналу ставить точки с максимальной скоростью внутри квадрата №1, затем квадрата №2 и так до квадрата № 6. Переход в следующий квадрат осуществляется через каждые 5 секунд по команде диагноста. Движение по квадратам осуществляется по часовой стрелке. Тест выполняется последовательно сначала доминантной рукой на первом листе, затем недоминантной рукой на втором листе. Тестирование проводится индивидуально или в группе, занимает не более 5 минут.

Инструкция: По сигналу диагноста вы должны начать

проставлять точки в каждом квадрате бланка. В течение 5 секунд необходимо поставить как можно больше точек. Переход с одного квадрата на другой осуществляется по команде диагноста, не прерывая работы и только по часовой стрелке. Все время работайте в максимальном для себя темпе. Возьмите в правую (или левую, доминантную) руку карандаш и поставьте его перед первым квадратом бланка.

Обработка и интерпретация результатов

Обработка результатов включает следующие процедуры:

- подсчитать количество точек в каждом квадрате;
- построить графики работоспособности, для чего отложить на оси абсцисс 5-секундные промежутки времени, а на оси координат – количество точек в каждом квадрате (предельные значения на графике берутся согласно минимальному и максимальному количеству точек в листах у конкретного испытуемого). Оба графика (по обеим рукам) чертятся на одной оси координат разными цветами.

Полученные в результате варианты динамики максимального темпа могут быть условно разделены на пять типов:

– *выпуклый тип*: темп нарастает до максимального в первые 10-15 секунд работы; в последующем, к 25-30 секундам, он может снизиться ниже исходного уровня (т. е. наблюдавшегося в первые 5 секунд работы). Этот тип кривой свидетельствует о наличии у испытуемого сильной нервной системы, такие люди способны выдерживать длительную и интенсивную нагрузку;

– *ровный тип*: максимальный темп удерживается примерно на одном уровне в течение всего времени работы. Этот тип кривой характеризует нервную систему средней силы;

– *нисходящий тип*: максимальный темп снижается уже со второго 5-секундного отрезка и остается на сниженном уровне в течение всей работы. Этот тип кривой свидетель-

ствуует о слабой (астеничной) нервной системе, таким людям показан щадящий режим работы с короткими рабочими сессиями и длительными промежутками отдыха;

– *промежуточный тип*: темп работы остается ровным в 1-й половине работы, а после 10-15 секунд снижается. Этот тип расценивается как промежуточный между средней и слабой силой нервной системы (средне-слабая нервная система);

– *вогнутый тип*: первоначальное снижение максимального темпа сменяется затем кратковременным возрастанием темпа до исходного уровня (зигзагообразный график). Вследствие способности к кратковременной мобилизации такие испытуемые также относятся к группе лиц со средне-слабой нервной системой.

Практика показывает, что изредка встречаются лица с *восходящим типом* динамики: темп возрастает на протяжении всего периода работы. Вероятно, таких людей можно отнести к лицам с сильной нервной системой и обозначить как «стайеров», у которых со временем открывается «второе дыхание». Они способны работать очень долго и интенсивно, когда «спринтеры» даже с сильной нервной системой уже «выдохлись». Однако таких людей очень немного.

Наконец, что касается использования двух рук при диагностике. Считается, что показатели левой руки, как менее социализированной, в большей степени отражают особенности нервной системы человека. Показатели правой руки при отличии результатов показывают возможности развития человека.

Методика диагностики здоровья по почерку

Цель: определение склонностей к определенным заболеваниям по почерку^{26, 27, 28}.

²⁶ <http://www.psyoffice.ru/7/tests/2/scribe.html>

²⁷ <http://azps.ru/tests/2/scribe.html>

²⁸ http://iceflame.ucoz.ru/news/diagnostika_zdorovja_po_pocherku/2010-09-15-255

Методика разработана Польскими медиками из Института национального здоровья совместно с графологами и психологами. Некоторые зарубежные графологи утверждают, что проблемы со здоровьем (конкретные заболевания печени, легких, сердца, наркотическая зависимость и др.) могут появиться в почерке задолго до того, как будут обнаружены методом традиционной медицинской диагностики. Графологи утверждают, что буквы, которые мы пишем, изображают наше тело, причем верхние половинки соответствуют верхней его части, а нижние – нижней. Некоторые особенности почерка указывают на определенные черты характера и на возможные осложнения со здоровьем. Например, верхушки букв, постоянно вылезающие за строку, могут свидетельствовать о респираторных или сердечно-сосудистых заболеваниях; внезапные разрывы в написании букв могут указывать на неврологические заболевания или проблемы с наркотиками. Нечеткие линии говорят о слабости или недостатке энергии, причиной которых может быть авитаминоз, а размашистые петли – свидетельство гиподинамии или сильного гормонального всплеска.

Графологи утверждают, что, если, по крайней мере, в четырех образцах почерка видна одна и та же особенность – это сигнал к тому, что проблема со здоровьем есть, и на нее стоит обратить внимание. Специалисты расходятся во мнении относительно степени точности диагностических и прогностических возможностей методики, однако единодушны во мнении, что анализ почерка способен указать часть тела, с которой что-то не в порядке, а уж насколько это угрожает здоровью человека, должны определять врачи. Таким образом, диагноз по данной методике является предварительным и должен обязательно проверяться более объективными методами диагностики.

По наблюдениям зарубежных специалистов, как только человек выздоравливает, исчезают и признаки болезни, ранее

проявлявшиеся в почерке. В России данная методика пока не нашла широкого применения, хотя российские специалисты (например, в Институте социальной и судебной психиатрии им. Сербского) полностью не отрицают ее прогностических возможностей²⁹.

Инструкция: Возьмите чистый (без клеточек и линеек) лист бумаги и напишите на нем карандашом или шариковой ручкой (гелевые ручки и фломастеры не годятся) около 10 строчек.

Обработка и интерпретация результатов

Оцените почерк по приведенным семи критериям, выбирая в каждом пункте (критерии) тот балл, который наиболее отражает качество вашего почерка. В итоге суммируйте баллы по всем семи критериям и по полученной сумме баллов определите склонность к заболеваниям.

1) Общее качество почерка

Все слова написаны очень небрежно 3

Смешанный стиль, часть слов написана аккуратно, часть небрежно 8

Все слова написаны очень аккуратно 12

2) Соединение букв в слове

Почти все буквы в слове отделены друг от друга 22

Почти все буквы в слове соединены друг с другом 18

3) Сила нажима на бумагу

Сильный (бумага «продавлена») 20

Средний 14

Слабый (еле-еле прикасаясь к бумаге) 7

4) Направление строчек

Строчки «едут» вниз 0

Строчки ровные и прямые 11

Строчки «едут» вверх 15

²⁹ <http://pishikrasivo.ru/analiz-pocherka-priznaki-pocherka-i-zdorove-opredelenie-kharakteracheloveka-po-pocherku>

5) *Форма букв*

Угловатая форма букв 18

Неопределенная форма букв 9

«Круглая» форма букв 8

6) *Наклон букв*

Прямо написанные буквы 9

Сильный наклон вправо 5

Небольшой наклон вправо 13

Небольшой наклон влево 4

Сильный наклон влево 1

7) *Размер букв*

Большие буквы (от 7 мм) 19

Средние буквы (от 5 до 7 мм) 16

Маленькие буквы (от 3 до 5 мм) 6

Бисерные буквы (меньше 3 мм) 2

Склонность к заболеваниям

Меньше 48 очков. Такой почерк характерен для пожилых людей и лиц с сильно ослабленной иммунной системой.

От 48 до 72 очков. Люди с таким почерком страдают от различных неврозов. Они склонны к ожирению, аллергиям, проблемам с желудочно-кишечным трактом. К сожалению, они часто ведут малоподвижный образ жизни, со всеми вытекающими отсюда последствиями.

От 72 до 95 очков. Это люди с устойчивой психикой. Они часто болеют простудными заболеваниями и страдают нарушениями сна. Они склонны к эндокринным заболеваниям и инфарктам.

От 95 до 105 очков. Для них характерно повышенное артериальное давление. Очень часто не соблюдают предписаний врача. Склонны к артритам и диабету.

Больше 105 очков. Такой почерк характерен для агрессивных людей. Они страдают от язвы желудка и болезней сердца. Часто у них наблюдается зависимость от различных стимуляторов (алкоголя, наркотиков, успокоительных препаратов).

Опросник САН

Опросник САН (самочувствие, активность, настроение) разработан В.А. Доскиным, Н.А. Лаврентьевой, В.Б. Шарай и М.П. Мирошниковым (1973) и предназначен для оперативной оценки психоэмоционального состояния взрослого человека на момент обследования.

При разработке методики авторы исходили из того, что три основные составляющие функционального психоэмоционального состояния – самочувствие, активность и настроение могут быть охарактеризованы полярными оценками, между которыми существует континуальная последовательность промежуточных значений. Однако есть данные о том, что шкалы САН имеют чрезмерно обобщенный характер. Факторный анализ позволяет выявить более дифференцированные шкалы: «самочувствие», «уровень напряженности», «эмоциональный фон», «мотивация» (А.Б. Леонова, 1984). Конструктивная валидность САН устанавливалась на основании сопоставления с результатами психофизиологических методик с учетом показателей критической частоты мельканий, температурной динамики тела, хронорефлексометрии. Текущая валидность устанавливалась путем сопоставления данных контрастных групп, а также путем сравнения результатов испытуемых в разное время рабочего дня. Разработчиками методики проведена ее стандартизация на материале обследования выборки 300 студентов.

САН представляет собой карту (таблицу), которая содержит 30 пар противоположных характеристик, отражающих исследуемые особенности психоэмоционального состояния (самочувствие, активность, настроение). Каждое состояние представлено 10 парами слов. На бланке обследования между полярными характеристиками располагается рейтинговая шкала. Испытуемому предлагают соотнести свое состояние с определенной оценкой на шкале (отметить степень вы-

раженности той или иной характеристики своего состояния). При обработке результатов обследования оценки пересчитываются в «сырые» баллы от 1 до 7. Количественный результат представляет собой сумму первичных баллов по отдельным категориям (или их среднее арифметическое).

САН нашел широкое распространение при оценке психического состояния больных и здоровых лиц, психоэмоциональной реакции на нагрузку, при выявлении индивидуальных особенностей и биологических ритмов психофизиологических функций.

Инструкция: Вам предлагается описать свое состояние, которое вы испытываете в настоящий момент, с помощью таблицы, состоящей из 30 полярных признаков. Вы должны в каждой паре выбрать ту характеристику, которая наиболее точно описывает ваше состояние, и отметить цифру, которая соответствует степени (силе) выраженности данной характеристики.

Типовая карта методики САН

Ф.И.О. _____

Пол _____ Возраст _____ Дата _____ Время _____

1.	Самочувствие хорошее	3 2 1 0 1 2 3	Самочувствие плохое
2.	Чувствую себя сильным	3 2 1 0 1 2 3	Чувствую себя слабым
3.	Пассивный	3 2 1 0 1 2 3	Активный
4.	Малоподвижный	3 2 1 0 1 2 3	Подвижный
5.	Веселый	3 2 1 0 1 2 3	Грустный
6.	Хорошее настроение	3 2 1 0 1 2 3	Плохое настроение
7.	Работоспособный	3 2 1 0 1 2 3	Разбитый
8.	Полный сил	3 2 1 0 1 2 3	Обессиленный
9.	Медлительный	3 2 1 0 1 2 3	Быстрый
10.	Бездеятельный	3 2 1 0 1 2 3	Деятельный
11.	Счастливый	3 2 1 0 1 2 3	Несчастный
12.	Жизнерадостный	3 2 1 0 1 2 3	Мрачный
13.	Напряженный	3 2 1 0 1 2 3	Расслабленный
14.	Здоровый	3 2 1 0 1 2 3	Больной

15.	Безучастный	3 2 1 0 1 2 3	Увлеченный
16.	Равнодушный	3 2 1 0 1 2 3	Взволнованный
17.	Восторженный	3 2 1 0 1 2 3	Унылый
18.	Радостный	3 2 1 0 1 2 3	Печальный
19.	Отдохнувший	3 2 1 0 1 2 3	Усталый
20.	Свежий	3 2 1 0 1 2 3	Изнуренный
21.	Сонливый	3 2 1 0 1 2 3	Возбужденный
22.	Желание отдохнуть	3 2 1 0 1 2 3	Желание работать
23.	Спокойный	3 2 1 0 1 2 3	Озабоченный
24.	Оптимистичный	3 2 1 0 1 2 3	Пессимистичный
25.	Выносливый	3 2 1 0 1 2 3	Легко утомляемый
26.	Бодрый	3 2 1 0 1 2 3	Вялый
27.	Соображать трудно	3 2 1 0 1 2 3	Соображать легко
28.	Рассеянный	3 2 1 0 1 2 3	Внимательный
29.	Полный надежд	3 2 1 0 1 2 3	Разочарованный
30.	Довольный	3 2 1 0 1 2 3	Недовольный

Обработка и интерпретация результатов

При подсчете крайняя степень выраженности негативного полюса пары оценивается в один балл, а крайняя степень выраженности позитивного полюса пары – в семь баллов. При этом нужно учитывать, что полюса шкал постоянно меняются, но положительные состояния всегда получают высокие баллы, а отрицательные – низкие. Полученные баллы группируются в соответствии с ключом в три категории, и подсчитывается количество баллов по каждой из них.

Самочувствие – сумма баллов по шкалам №: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26;

Активность – сумма баллов по шкалам №: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28;

Настроение – сумма баллов по шкалам №: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Полученные результаты по каждой категории делятся на 10. Средний балл шкалы равен 4. Оценки, превышающие 4 балла, говорят о благоприятном состоянии испытуемого, оценки ниже четырех свидетельствуют об обратном.

Нормальные оценки состояния лежат в диапазоне 5-5,5 баллов. Следует учесть, что при анализе функционального состояния важны не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение. В частности, у отдохнувшего человека оценки самочувствия, активности, настроения обычно примерно равны, а по мере нарастания усталости соотношение между ними изменяется за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением.

Анкета «Будем здоровы!»

Цель: оценка, насколько образ жизни, который ведет испытуемый, является здоровым.

Анкета разработана и предназначена для диагностики учащихся средней школы (подростков, старшеклассников). Для использования в работе со взрослыми людьми некоторые вопросы анкеты (№3, 8, 9) можно несколько модифицировать.

Инструкция: Перед вами лежит анкета, позволяющая определить ваше отношение к формированию здорового образа жизни, установить индивидуальный стиль вашей жизни. Вам будет предложено три варианта ответа на поставленный вопрос, касающийся вашего стиля жизни. Вам необходимо выбрать один ответ, который наиболее полно отражает ваш образ жизни. Долго не задумывайтесь, здесь нет правильных и неправильных ответов.

Дата _____

Возраст _____

Пол _____

Вопросы анкеты

1) Как известно, нормальный режим питания это плотный завтрак, обед из трех блюд, полдник и скромный ужин. А какой режим питания у вас?

а) Именно такой, и вы едите много фруктов и овощей;

b) Иногда бывает, что вы обходитесь без завтрака или обеда;

c) Вы вообще не придерживаетесь какого-либо режима.

2) Регулярно ли вы делаете зарядку?

a) Да, это для меня необходимость;

b) Иногда делаю;

c) Нет, не делаю вовсе.

3) Часто ли вы с родителями используете выходные дни для активного отдыха (походов и занятий спортом)?

a) Регулярно (как минимум два раза в месяц);

b) Иногда (2-3 раза в пол года);

c) Никогда или очень редко.

4) Хорошо ли вы спите?

a) Да, я почти никогда не просыпаюсь ночью;

b) Не всегда, бывает я часто просыпаюсь;

c) Просыпаюсь почти каждую ночь.

5) Часто ли вы болеете?

a) Очень редко (не чаще 1 раза в год);

b) Болею 3-4 раза в год;

c) Болею очень часто (чаще 5 раз в год).

6) Страдаете ли вы хроническими заболеваниями?

a) Нет;

b) Затрудняюсь ответить;

c) Да.

7) Соблюдаете ли вы правильный режим дня?

a) Да, стараюсь всегда его соблюдать;

b) Пытаюсь придерживаться, но не всегда получается;

c) Нет, я никогда не соблюдаю режим дня.

8) Часто ли вы устаете после уроков?

- a) Почти никогда не устаю;
- b) Иногда устаю очень сильно;
- c) Да, почти всегда сильно устаю.

9) Доставляет ли вам удовольствие урок физической культуры в школе?

- a) Да, вы всегда ходите на него с удовольствием;
- b) Он вас, в общем-то, устраивает;
- c) Вы ходите на него без особой охоты.

10) Занимаетесь ли вы каким-либо видом спорта?

- a) Да, я регулярно посещаю спортивную секцию;
- b) Периодически посещаю спортивные секции;
- c) Нет, я вообще не увлекаюсь спортом.

11) Курите ли вы ?

- a) Нет, я никогда не пробовал;
- b) Да, но лишь изредка;
- c) Да, курю постоянно.

12) Употребляете ли вы спиртное?

- a) Нет, даже пиво;
- b) Иногда бывает;
- c) Выпиваю довольно часто.

13) Пьете ли вы кофе?

- a) Очень редко, в основном предпочитаю чай;
- b) Пью не больше одной чашки в день;
- c) Пью его очень много.

Благодарим за участие!

Обработка и интерпретация результатов:

За каждый ответ «а» присуждается 3 балла, за ответ «б» – 2 балла, за ответ «с» – 1 балл. Затем подсчитывается сумма баллов. При результате $\Sigma < 16$ баллов можно сделать вывод о том, что образ жизни испытуемого весьма далек от здорового, и нужно принимать меры по улучшению здоровья и изменению его поведения и отношения к ЗОЖ. Результаты $\Sigma = 16-26$ баллов могут рассматриваться как средние, а показатель $\Sigma > 26$ баллов – как высокий.

Опросник-анкета

«Ориентировочная оценка здорового поведения»

Цель: оценка образа жизни и отношения к здоровью личности

Методика является опросником-анкетой, оценивающей уровень здорового образа жизни испытуемого по семи показателям, включающим режим питания и физической активности, наличие вредных привычек, режим сна и соотношение вес/рост. Все ответы имеют вес в баллах. Обработка производится путем подсчета суммы набранных баллов и выявления уровня ЗОЖ испытуемого.

Инструкция. Обведите кружком число баллов, которое соответствует каждому ответу, после этого суммируйте их.

Бланк опросника

Вопросы для оценки здорового поведения	Баллы
<i>Сколько раз в неделю вы занимаетесь физкультурой не менее 20 мин без перерыва?</i>	
3 дня и больше	10
1-2 дня	4
Ни разу	0
<i>Как часто вы курите?</i>	
Никогда	10
Очень редко	5

Иногда	3
Каждый день	0
<i>Какое количество алкоголя вы потребляете?</i>	
Не употребляю вообще	10
Не больше одной порции (50 г крепких напитков) в неделю	8
2-3 порции в неделю, но не больше 2 в день	6
4-6 порций в неделю и иногда больше 2 в день	2
Больше 6 порций в неделю	0
<i>Сколько раз в неделю вы завтракаете?</i>	
Ни разу	0
1 или 2	2
3 или 4	5
5 или 6	8
7	10
<i>Как часто вы перекусываете между основными приемами пищи?</i>	
Никогда	10
1 или 2 раза в неделю	8
3 или 4 раза в неделю	6
5 или 7 раз в неделю	4
8 или 10 раз в неделю	2
Более 10 раз в неделю	0
<i>Сколько времени в сутки вы спите?</i>	
Более 10ч	4
9-10 ч	8
7-8 ч	10
5-6 ч	6
Менее 5 ч	0
<i>Как относится ваш вес к идеальному для вашего роста и пола?</i>	
Превышает более чем на 30%	0
Превышает на 21-30%	3
Превышает на 11-20%	6
Превышает не более чем на 10%	10
Ниже на 11-20%	6
Ниже на 21-30%	3
Ниже более чем на 30%	0
<i>Общее количество баллов:</i>	

Обработка и интерпретация результатов:

60-70 баллов: ваше отношение к собственному здоровью следует оценить как отличное (если только в одном из разделов вы не потеряли все 10 очков).

50-59 баллов: вы ведете себя хорошо, но можете и лучше, есть резервы.

40-49 баллов: ваше поведение можно оценить как среднее; в нем многое следовало бы изменить.

30-39 баллов: вы весьма посредственно относитесь к своему здоровью; при правильном образе жизни вы могли бы получать от жизни больше удовольствия.

Менее 30 баллов: вы серьезно пренебрегаете своим здоровьем; без всякого сомнения, вы заслуживаете лучшего к себе отношения.

Опросник-анкета «Исследование представлений о здоровом образе жизни»

Цель: Исследование представлений о здоровом образе жизни и отношения к здоровью

Анкета разработана и предназначена для диагностики учащихся средней школы (подростков, старшеклассников). Анкета включает в себя два блока вопросов (заданий): 1-й блок включает ряд открытых вопросов, на которые испытуемый дает свободные ответы, вписывая их в специально отведенные для этого пустые строчки, 2-й блок включает задания на ранжирование вариантов ответов по степени важности для испытуемого. Анкета не имеет стандартизированных способов обработки – по результатам опроса возможно лишь составить качественное описание отношения испытуемого к здоровью и его представлений о здоровом образе жизни.

Инструкция: Ответьте на вопросы анкеты, следуя инструкциям в заданиях. Правильных и неправильных ответов здесь не существует, значимым являются ваше собственное мнение и суждения.

1. Ответьте на вопросы, вписав ваш ответ в предложенные пустые строки.

1) Что такое, на ваш взгляд, здоровый образ жизни (ЗОЖ)?

2) Необходим ли, по вашему мнению, здоровый образ жизни, и почему?

3) Что является главным признаком здорового образа жизни?

4) Как вы думаете, является ли ваш образ жизни здоровым? Насколько (оцените по 10-бальной шкале)?

5) Как вам кажется, насколько эффективность жизни зависит от образа жизни?

6) Что вы делаете для повышения уровня своего здоровья?

2. Проранжируйте предложенные варианты ответов по степени их значимости для вас.

7) Что, на ваш взгляд, является важным для того, чтобы быть здоровым?

Не пить

Не курить

Заниматься спортом

Полноценно и правильно питаться

Не употреблять наркотики

Не вести беспорядочную половую жизнь

Вести осмысленную жизнь

Жить полноценной духовной жизнью

Позитивно относиться к себе

Доброжелательно относиться к другим людям

Иметь гармоничные отношения в семье

Саморазвиваться, самосовершенствоваться

Другое _____

8) Для чего бы вы стали вести здоровый образ жизни?

Быть сильным

Быть красивым

Быть всегда в форме
Быть успешным в делах
В полной мере осуществлять свои способности
Развиваться как личность
Иметь здоровых детей
Получать от жизни радость, удовольствие
Другое _____

9) Какие обстоятельства могли бы побудить вас изменить образ жизни?

Тяжелая болезнь
Жизненный кризис
Смерть близкого человека
Общее неудовлетворительное состояние
Неудачи в делах
Пример в ЗОЖ авторитетного для вас человека
Влюбленность
Чтение специальной литературы
Участие в лекциях или семинарах по данной проблематике
Другое _____

10) Какие ценности являются важными для вас?

Образование
Здоровье
Семья
Дружба
Красота, любовь
Познание, развитие
Уверенность в себе
Творчество
Интересная работа
Материальная обеспеченность
Счастье других
Развлечения
Беспечная жизнь

Спасибо за выполненную работу!

Опросник «Индекс отношения к здоровью»

С.Д. Дерябо, В.А. Ясвина

Цель: диагностика отношения к здоровью.

Методика «Индекс отношения к здоровью» разработана С.Д. Дерябо, В.А. Ясвиным (Московский государственный психолого-педагогический институт, 1999 г.), состоит из двух частей (вариантов) для повышения надежности результатов, проводимых с небольшим интервалом. Опросник построен по принципу так называемых альтернативных полюсов. Испытуемому даются два высказывания (А и Б) и предлагается выбрать то из них, которое больше соответствует его мнению, тому, что он чувствует, думает в определенных ситуациях, как он обычно себя в них ведет. Он может выбрать или вариант А, или вариант Б, или поставить стрелку в сторону одного из вариантов («скорее А, чем Б» и «скорее Б, чем А»). Каждая часть опросника включает 24 пары альтернативных высказываний. Методика применяется для диагностики лиц старше 10–11 лет, так как ситуации, использованные в тесте, требуют определенного уровня социального развития и опыта. Он может проводиться как в индивидуальном, так и в групповом варианте, как устно, так и письменно. Время проведения: 15-25 минут.

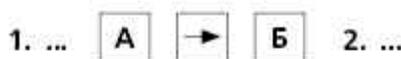
Инструкция: Из двух предлагаемых высказываний (А и Б), которые описывают противоположные мнения, ситуации и т.д., выберите то, которое кажется более подходящим для вас. Если вам полностью подходит вариант А, вы зачеркиваете квадратик с буквой А, нарисованный между двумя высказываниями.

1. ... А Б 2. ...

Если вы скорее склоняетесь к варианту А, но не можете полностью с ним согласиться, то в среднем пустом квадратике вы рисуете стрелку в сторону квадратика с буквой А.



Если вы скорее склоняетесь к варианту Б, но тоже не можете полностью с ним согласиться, то в среднем пустом квадратике вы рисуете стрелку в сторону квадратика с буквой Б.



И, наконец, если вам полностью подходит вариант Б, вы зачеркиваете квадратик с буквой А.



Если вы считаете какую-то ситуацию маловероятной для себя, то все-таки постарайтесь сделать свой выбор. В этом тесте, естественно, не может быть «правильных» и «неправильных» ответов: ваше мнение ценно именно таким, какое оно есть. Отвечать лучше быстро, так как первая реакция наиболее точно выражает ваше мнение.

Вариант I

1. А. Я способен замечать даже небольшие отклонения в работе моих органов	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Я реагирую лишь на существенные расстройства
2. А. Когда по телевизору начинается очередная передача о профилактике какого-нибудь заболевания, я обычно переключаюсь на другую программу	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Я откладываю свои дела, чтобы ее посмотреть

3. А. Если кто-то из знакомых предложит мне заниматься вместе оздоровительными процедурами, я с удовольствием приму в этом участие	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Я найду способ вежливо отказаться
4. А. Я постоянно слежу за тем, чтобы мои близкие всерьез заботились о своем здоровье	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Я не заставляю их это делать
5. А. Когда я смотрю на руки другого человека, я в первую очередь обращаю внимание на их форму и размер	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Я невольно вначале замечаю состояние и чистоту кожи
6. А. Я делаю выписки или вырезки из газет и журналов о здоровом образе жизни	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Я никогда этим не занимался
7. А. Если у меня от утомления болит голова, я выхожу немножко погулять или хотя бы открываю окно	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Чтобы снять эту головную боль, я просто выпиваю таблетку
8. А. Я обычно сам не покупаю для членов семьи различные средства ухода за здоровьем	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Все это в основном покупается по моей инициативе
9. А. После принятия ванны я всегда чувствую себя совсем другим человеком – бодрым и обновленным	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Приходится признаться, что такое чувство я испытываю очень редко
10. А. Когда в общественном транспорте, очереди и т.д. заводится разговор о способах сохранения здоровья, я совершенно не обращаю на это внимания	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Я невольно стараюсь прислушаться к нему

<p>11. А. Я обращаюсь к врачу, только когда мне становится уже невмоготу</p>	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	<p>Б. Я стараюсь начать лечение при первых же признаках ухудшения своего самочувствия</p>
<p>12. А. Мне приходилось предлагать знакомым рецепты или инструкции различных оздоровительных процедур</p>	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	<p>Б. Я этого не делал, ведь каждый должен заботиться о своем здоровье сам</p>
<p>13. А. С моей точки зрения всякие моржи, которые наслаждаются купанием в своих прорубях на морозе, просто слегка чокнутые</p>	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	<p>Б. Я полностью разделяю их стремление получать удовольствие от своего здоровья</p>
<p>14. А. Когда это оказывалось возможным, я посещал лекции, курсы, семинары и т.п. о здоровом образе жизни</p>	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	<p>Б. Я никогда не ходил на них, потому что эта тема мне безразлична</p>
<p>15. А. Мне кажется странным человек, который, вместо того чтобы досмотреть поздно вечером интересный фильм, соблюдает свое правило «вовремя ложиться спать»</p>	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	<p>Б. Я тоже стараюсь следовать этому правилу, чтобы не нанести вред своему здоровью</p>
<p>16. А. К сожалению, я не могу сказать, что стараюсь как-то улучшить отношение моих знакомых к своему здоровью</p>	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	<p>Б. Я активно пропагандирую здоровый образ жизни</p>

<p>17. А. Иногда мне кажется, что мой организм как будто даже обижается и упрекает меня, если я обращаюсь с ним необдуманно и жестоко</p>	<p><input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б</p>	<p>Б. Человеческий организм всего лишь реагирует на отрицательные воздействия</p>
<p>18. А. Просматривая на улице книги у торговцев, я обычно в первую очередь обращаю внимание на литературу о сохранении здоровья</p>	<p><input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б</p>	<p>Б. Меня привлекают книги на другие темы</p>
<p>19. А. Если мне на день рождения подарят лыжи, гантели, массажер и т.п., я, пожалуй, растеряюсь и удивлюсь такому подарку</p>	<p><input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б</p>	<p>Б. Этот подарок был бы очень кстати: он соответствует моему стилю жизни</p>
<p>20. А. Мне приходилось выступать перед людьми и делиться с ними своим успешным опытом укрепления здоровья</p>	<p><input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б</p>	<p>Б. Я не готов давать советы людям по этой проблеме</p>
<p>21. А. Мне непонятно состояние людей, которые мучаются за столом оттого, что им не удалось вымыть руки перед едой</p>	<p><input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б</p>	<p>Б. Я сам испытываю подобные ощущения</p>
<p>22. А. Я никогда не писал в редакции журнала «Здоровье», телепередач «Исцели себя сам», «TV Аптека» и т.п.</p>	<p><input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б</p>	<p>Б. Мне пришлось задавать им вопросы по интересующим меня темам</p>
<p>23. А. Я трачу значительную часть своих доходов порой даже в ущерб остальному специально для поддержания здоровья</p>	<p><input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б</p>	<p>Б. Я трачу деньги на свое здоровье только в случае необходимости</p>
<p>24. А. Я никогда не вступал в конфликт с начальством и властями, если их действия наносили вред здоровью людей</p>	<p><input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б</p>	<p>Б. У меня бывали подобные конфликты</p>

Вариант II

<p>1. А. Если бы у меня на теле появилось какое-либо пятнышко или безболезненное вздутие, то я заметил бы это очень быстро</p>	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	<p>Б. Я обратил бы на него внимание, когда оно стало бы достаточно большим</p>
<p>2. А. Когда я от нечего делать пролистываю какой-нибудь журнал, различные статьи о здоровье я просто пропускаю</p>	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	<p>Б. Я их просматриваю более внимательно в первую очередь</p>
<p>3. А. Если мне предлагают проводить свои выходные в группе здоровья или спортивном зале, я, конечно, этим воспользуюсь</p>	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	<p>Б. Я предпочту оставаться дома и заниматься своими делами</p>
<p>4. А. Я решительно вмешиваюсь, если кто-то из моих близких начинает совершать поступки, которые вредят его здоровью</p>	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	<p>Б. Пожалуй, я не всегда прилагаю к этому достаточно усилий и зачастую готов с этим смириться</p>
<p>5. А. Я обычно не обращаю внимания, если у моего собеседника не совсем чистые зубы, не подстрижены ногти и т.д.</p>	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	<p>Б. Мне это сразу же бросается в глаза</p>
<p>6. А. Я выписываю или покупаю газеты, журналы и книги по проблемам здоровья</p>	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	<p>Б. Я не трачу на это свои деньги</p>
<p>7. А. Если позволяет время, я стараюсь пройти, куда мне нужно, пешком</p>	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	<p>Б. Я все равно лучше спокойно подъеду на автобусе, троллейбусе и т.д.</p>

8. А. Когда я выбираю подарок кому-то из членов своей семьи, мне не приходит в голову купить что-либо из предметов личной гигиены	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Я часто делаю именно такие подарки, потому что они кажутся мне вполне подходящими
9. А. Когда я выпиваю стакан свежего фруктового сока, я замечаю прилив бодрости, энергии во всем организме	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Я прежде всего просто утоляю жажду
10. А. Когда знакомые в компании начинают говорить о различных процедурах по сохранению здоровья, мне становится просто скучно	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Я с удовольствием включаюсь в беседу
11. А. Я стараюсь уклоняться от различных обязательных профилактических обследований	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Они являются хорошим стимулом, чтобы позаботиться о состоянии своего организма
12. А. Мне удалось заинтересовать своих знакомых книгами и статьями о здоровом образе жизни	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Я не предпринимал таких попыток
13. По-моему, те, кто находит удовольствие в том, чтобы в 5 утра бегать в трусах по улице, – это не совсем нормальные люди	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Я даже завидую им, ведь забота о своем здоровье – это радостное и увлекательное занятие
14. А. Я стараюсь знакомиться с людьми, которые много знают о том, как поддерживать свое здоровье на должном уровне	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Такие люди для меня не более интересны, чем другие

15. А. Я редко задумываюсь о том, правильно ли я питаюсь	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Я в целом придерживаюсь правил здорового питания
16. А. Я никогда не писал по собственной инициативе заметок о здоровье в журналы, газеты, стенгазеты и т.п.	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. В своей жизни я уже делал нечто подобное
17. А. Порой у меня возникает такое ощущение, что организм как будто хочет сказать мне, чем ему помочь, если в нем что-то разладилось	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Любая боль в организме – это всего лишь определенная реакция нервной системы
18. А. Когда в гостях по предложению хозяев квартиры я просматриваю их библиотеку, мои глаза сами останавливаются на книгах о поддержании здоровья	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. У меня вызывает интерес другая литература
19. А. Когда я покупаю зубные пасты, кремы, жевательные резинки и т.п., я практически не ориентируюсь на их «оздоровительный эффект», подчеркиваемый в рекламе	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Для меня это очень важно, потому что я во всем стараюсь учитывать, как это повлияет на мое здоровье
20. А. Мне приходилось обучать других людей способам улучшения их самочувствия	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. У меня для этого недостаточно собственного опыта
21. А. У меня не вызывают особой симпатии люди, которые из чувства некоей брезгливости никогда не пользуются чужой тарелкой, кружкой и т.п.	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Я полностью разделяю чувства таких людей

22. А. Я никогда специально не разыскивал литературу, в которой описываются редкие методики оздоровления организма	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Мне приходилось это делать
23. А. Я ежедневно по долгу занимаюсь оздоровлением своего организма, несмотря на другие важные дела	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Я уделяю время своему здоровью только в случае необходимости
24. А. Я никогда не принимал участия в работе различных движений, борющихся за здоровую окружающую среду	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Б	Б. Я состоял в таких движениях

Обработка и интерпретация результатов

Результаты испытуемого обрабатываются с помощью ключа по четырем шкалам: эмоциональная (Э), когнитивная (К), практическая (П), поступочная (Пс). За полное соответствие ответа испытуемого с ответом в ключе дается 3 балла; за стрелку, направленную в сторону ответа, – 2 балла; за стрелку в противоположную сторону – 1 балл; за ответ, противоположный данному в ключе, – 0 баллов.

Э	1. А.		5. Б.		9. А		13. Б.		17. А		21. Б.	
К	2. Б.		6. А		10. Б.		14. А		18. А		22. Б.	
П	3. А		7. А		11. Б.		15. Б.		19. Б.		23. А	
Пс	4. А.		8. Б.		12. А		16. Б.		20. А		24. Б.	

Затем подсчитывается сумма баллов по каждой шкале (строке) и вписывается в последнем столбце каждой строки. Также подсчитывается общий показатель, который определяется как сумма баллов по четырем шкалам.

Таким образом обрабатывается отдельно каждая часть теста. Итоговые показатели получаются путем нахождения среднего арифметического баллов по шкалам и тесту в целом по двум частям (при необходимости средние округляются до целых числа по стандартным математическим правилам). Полученные средние «сырых» баллов переводятся в станайны с помощью таблиц. В первой строке таблиц указывается количество испытуемых (n), во второй – среднее число «сырых» баллов (x), в третьей – стандартное отклонение по «сырым» баллам (s), в следующих – интервал «сырых» баллов, соответствующих конкретному станайну. Станайн – 1/9 полного диапазона значений в распределении.

Таблица 1

**Перевод «сырых» баллов в шкалу станайнов
по эмоциональной шкале**

Класс	5-й	6-й	7-й	8-й	9-й	10-й	11-й
n	97	97	99	100	101	81	98
x	10,21	11,1	10,85	10,59	10,33	10,05	10,8
s	3,12	3,12	3	2,88	3,28	3,05	2,79
1	≤ 4	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 4	≤ 4	≤ 5
2	5–6	6–7	6–7	6	5–6	5–6	6–7
3	7	8	8	7–8	7	7	8
4	8–9	9–10	9–10	9	8–9	8–9	9–10
5	10	11	11	10–11	10–11	10	11
6	11–12	12–13	12–13	12	12	11–12	12
7	13–14	14–15	14	13–14	13–14	13	13–14
8	15	16	15–16	15	15–16	14–15	15
9	≥ 16	≥ 17	≥ 17	≥ 16	≥ 17	≥ 16	≥ 16

Таблица 2

**Перевод «сырых» баллов в шкалу станайнов
по когнитивной шкале**

Класс	5-й	6-й	7-й	8-й	9-й	10-й	11-й
<i>n</i>	97	97	99	100	101	81	98
<i>x</i>	7,92	7,14	6,52	5,9	5,36	4,89	5,5
<i>s</i>	3,84	3,89	3,65	3,42	3,02	3,21	3,08
1	≤1 e	0	0	–	0	–	0
2	2–3	1–2	1	0–1	1	0	1
3	4–5	3–4	2–3	2–3	2–3	1–2	2–3
4	6	5–6	4–5	4–5	4	3–4	4
5	7–8	7–8	6–7	6	5–6	5	5–6
6	9–10	9–10	8–9	7–8	7	6–7	7
7	11–12	11	10–11	9–10	8–9	8	8–9
8	13–14	12–13	12–13	11	10	9	10
9	≥15	≥14	≥13	≥12	≥11	≥11	≥11

Таблица 3

**Перевод «сырых» баллов в шкалу станайнов
по практической шкале**

Класс	5-й	6-й	7-й	8-й	9-й	10-й	11-й
<i>n</i>	97	97	99	100	101	81	98
<i>x</i>	9,85	10,78	10,02	9,26	8,73	8,51	8,31
<i>s</i>	3,09	3,14	3,36	3,58	3,52	3,49	2,98
1	≤4	≤5	≤4	≤2	≤2	≤2	≤3
2	5	6	5	3–4	3–4	3–4	4
3	6–7	7–8	6–7	5–6	5–6	5	5–6
4	8–9	9	8–9	7–8	7	6–7	7
5	10	10–11	10	9–10	8–9	8–9	8–9
6	11–12	12–13	11–12	11	10–11	10–11	10
7	13	14	13–14	12–13	12–13	12	11–12
8	14–15	15–16	15	14–15	14	13–14	13
9	≥16	≥17	≥16	≥16	≥15	≥15	≥14

Таблица 4

**Перевод «сырых» баллов в шкалу станайнов
по поступочной шкале**

Класс	5-й	6-й	7-й	8-й	9-й	10-й	11-й
<i>n</i>	97	97	99	100	101	81	98
<i>x</i>	7,47	7,34	6,6	5,85	5,85	5,11	5,69
<i>s</i>	2,97	3,78	3,52	3,26	2,87	2,59	2,53
1	≤2	0	0	0	0	0	≤1
2	3	1–2	1–2	1	1–2	1	2
3	4–5	3–4	3	2–3	3	2–3	3
4	6	5–6	4–5	4–5	4–5	4	4–5
5	7–8	7–8	6–7	6	6	5	6
6	9	9–10	8–9	7–8	7–8	6–7	7
7	10–11	11–12	10	9	9	8	8
8	12	13	11–12	10–11	10	9	9–10
9	≥13	≥14	≥13	≥12	≥11	≥10	≥11

Таблица 5

**Перевод «сырых» баллов в шкалу станайнов
(общий показатель)**

Класс	5-й	6-й	7-й	8-й	9-й	10-й	11-й
<i>n</i>	97	97	99	100	101	81	98
<i>x</i>	35,38	36,36	33,98	31,6	30,28	28,56	30,3
<i>s</i>	9,79	10,73	10,58	10,43	10,01	9,8	8,94
1	≤18	≤17	≤15	≤13	≤12	≤11	≤14
2	19–23	18–22	16–20	14–18	13–17	12–16	15–19
3	24–28	23–28	21–26	19–23	18–22	17–21	20–23
4	29–32	29–33	27–31	24–28	23–27	22–26	24–28
5	33–37	34–39	32–36	29–34	28–32	27–31	29–32
6	38–42	40–44	37–41	35–39	33–37	32–35	33–36
7	43–47	45–49	42–47	40–44	38–42	36–40	37–41
8	48–52	50–55	48–52	45–49	43–47	41–45	42–45
9	≥53	≥56	≥53	≥50	≥48	≥46	≥46

Интерпретация шкалы станайнов

Станайн	Характеристика результата	Охватываемый % обследуемых
1	очень низкий	от 0 до 4
2	низкий	от 4 до 11
3	ниже среднего	от 11 до 23
4	средний	от 23 до 40
5	средний	от 40 до 60
6	средний	от 60 до 77
7	выше среднего	от 77 до 89
8	высокий	от 89 до 96
9	очень высокий	от 96 до 100

Эмоциональная шкала (Э) измеряет, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в эмоциональной сфере. Она включает вопросы, диагностирующие, насколько человек сенситивен, чувствителен к различным витальным, жизненным проявлениям своего организма, насколько он восприимчив к эстетическим аспектам здоровья, насколько он способен получать наслаждение от своего здоровья и заботы о нем и пр. Вопросы разбиты на две группы: в первой степень выраженности эмоционального компонента определяется по ответам на вопросы о том, что сам испытуемый чувствует в определенных ситуациях, во второй – насколько он разделяет чувства других людей в тех или иных ситуациях.

Высокие баллы по данной шкале говорят о том, что испытуемый способен наслаждаться своим здоровьем, способен получать эстетическое удовольствие от здорового организма, чутко реагирует на поступающие от него сигналы, свободен от отрицательных эмоциональных стереотипов, существующих в обществе по отношению к здоровому образу жизни и пр. Иными словами, он заботится о здоровье не только потому, что это «необходимо», не под давлением обстоятельств, а ради удовольствия.

Низкие баллы говорят о том, что отношение к здоровью у данного человека носит рассудочный характер, мало затрагивает его эмоциональную сферу, забота о здоровье для него – просто необходимость, но никак не радостное и увлекательное занятие, что он глух к витальным проявлениям своего организма, не видит эстетического аспекта здоровья, находится под властью отрицательных общественных стереотипов по отношению к здоровому образу жизни и т.д.

Когнитивная шкала (К) измеряет, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в познавательной сфере. Она включает две группы вопросов: первая диагностирует, насколько человек готов воспринимать получаемую от других людей или из литературы информацию по проблемам здорового образа жизни («пассивные» вопросы), вторая – насколько человек стремится сам получать информацию по этой теме («активные»).

Высокие баллы по данной шкале говорят о том, что испытуемый проявляет большой интерес к проблеме здоровья, сам активно ищет соответствующую информацию в книгах, журналах, газетах, любит общаться с другими людьми на данную тему и т.д. Низкие баллы говорят о том, что отношение к здоровью у него мало затрагивает познавательную сферу: он в лучшем случае готов лишь воспринимать поступающую от других людей информацию о здоровье, но сам не проявляет активности в ее поиске.

Практическая шкала (П) измеряет, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в практической сфере. Она также включает две группы вопросов: первая диагностирует, насколько человек готов включаться в различные практические действия, направленные на заботу о своем здоровье, когда они предлагаются, организовываются другими людьми, вторая – насколько человек сам, по собственной инициативе стремится осуществлять эти действия.

Высокие баллы по данной шкале говорят о том, что обследуемый активно заботится о своем здоровье в практической сфере: склонен посещать различные спортивные секции, делать специальные упражнения, заниматься оздоровительными процедурами, формировать у себя соответствующие умения и навыки, вести здоровый образ жизни в целом. Низкие баллы говорят о том, что он готов лишь в какой-то мере включаться в практическую деятельность по заботе о своем здоровье, которую организывают другие люди, в крайнем случае он может что-то предпринять, если этого потребует ситуация.

Поступочная шкала (Пс) измеряет, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в сфере совершаемых им поступков, направленных на изменение своего окружения в соответствии с его отношением. Она включает три группы вопросов: первая диагностирует, насколько человек стремится повлиять на членов своей семьи, чтобы они вели здоровый образ жизни, вторая – насколько он стремится повлиять на своих знакомых, третья – на других людей, общество в целом.

Высокие баллы по данной шкале говорят о том, что испытуемый активно стремится изменять свое окружение: старается повлиять на отношение к здоровью у окружающих его людей, стимулировать их вести здоровый образ жизни, пропагандирует различные средства оздоровления организма, вообще создает вокруг себя здоровую среду. Низкие баллы говорят о том, что отношение к здоровью остается у него «личным делом», он не стремится как-то изменить свое окружение.

Общая шкала. Показатель интенсивности получается путем суммирования баллов по четырем предыдущим шкалам. Он диагностирует, насколько в целом сформировано отношение к здоровью у данного человека, насколько сильно оно проявляется.

Высокие баллы по тесту в целом говорят о том, что у него существует сформированное, позитивное отношение к здоровью и здоровому образу жизни. Низкие баллы говорят о том, что отношение к здоровью у испытуемого сформировано плохо, он находится в «зоне риска»: в этом случае высока вероятность того, что он не будет вести здоровый образ жизни, а это рано или поздно приводит к заболеваниям.

Опросник «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской

Цель: Исследование психологических особенностей отношения человека к своему здоровью.

Опросник «Отношение к здоровью» состоит из 10 вопросов, которые распределены по четырем шкалам: когнитивной, эмоциональной, поведенческой, ценностно-мотивационной. Методика предназначена для диагностики отношения к здоровью лиц, начиная с подросткового возраста, и может применяться как индивидуально, так и в группе.

Инструкция: Вам будет предложен ряд вопросов-утверждений, с которыми вы можете согласиться, не согласиться или согласиться частично. Оцените, пожалуйста, каждое утверждение в соответствии со степенью своего согласия по шкале, где:

- абсолютно не согласен или совершенно не важно;
- не согласен, это не важно;
- скорее не согласен;
- не знаю (не могу ответить);
- скорее согласен, чем нет;
- согласен, очень важно;
- абсолютно согласен, безусловно важно.

Выбранный вами ответ обведите кружком или отметьте каким-нибудь другим способом. Будьте внимательны, для каждого утверждения должен быть выбран и помечен только один ответ.

Отвечайте на все вопросы подряд, не пропуская. Не тратьте много времени на обдумывание ответов. В случае затруднения старайтесь представить наиболее часто встречающуюся ситуацию, которая соответствует смыслу вопроса, и, исходя из этого, выбирайте ответ. Обратите внимание, что в третьем вопросе вариантов ответа не предусмотрено. Для ответа на него выделено несколько пустых строк. Пустые строки оставлены также для возможных дополнительных вариантов ответов на вопросы 5, 8, 9 и 10.

Бланк опросника

1. Люди по-разному оценивают различные сферы жизни. Оцените, насколько приведенные ценности важны для вас в данный момент.							
1.1.	Счастливая семейная жизнь	1	2	3	4	5	6 7
1.2.	Материальное благополучие	1	2	3	4	5	6 7
1.3.	Верные друзья	1	2	3	4	5	6 7
1.4.	Здоровье	1	2	3	4	5	6 7
1.5.	Интересная работа (карьера)	1	2	3	4	5	6 7
1.6.	Признание и уважение окружающих	1	2	3	4	5	6 7
1.7.	Независимость (свобода)	1	2	3	4	5	6 7
2. Как вы считаете, что необходимо для того, чтобы добиться успеха в жизни?							
2.1.	Хорошее образование	1	2	3	4	5	6 7
2.2.	Материальный достаток	1	2	3	4	5	6 7
2.3.	Способности	1	2	3	4	5	6 7
2.4.	Везение (удача)	1	2	3	4	5	6 7
2.5.	Здоровье	1	2	3	4	5	6 7
2.6.	Упорство, трудолюбие	1	2	3	4	5	6 7
2.7.	«Нужные связи» (поддержка друзей, знакомых)	1	2	3	4	5	6 7
3. Как бы вы в нескольких словах определили, что такое здоровье?							

4. Оцените, какое влияние на вашу осведомленность в области здоровья оказывает информация, полученная из следующих источников:								
4.1.	Средства массовой информации (радио, телевидение)	1	2	3	4	5	6	7
4.2.	Врачи (специалисты)	1	2	3	4	5	6	7
4.3.	Газеты и журналы	1	2	3	4	5	6	7
4.4.	Друзья, знакомые	1	2	3	4	5	6	7
4.5.	Научно-популярные книги о здоровье	1	2	3	4	5	6	7
5. Как вы думаете, какие из перечисленных ниже факторов оказывают наиболее существенное влияние на состояние вашего здоровья?								
5.1.	Качество медицинского обслуживания	1	2	3	4	5	6	7
5.2.	Экологическая обстановка	1	2	3	4	5	6	7
5.3.	Профессиональная деятельность	1	2	3	4	5	В	7
5.4.	Особенности питания	1	2	3	4	5	6	7
5.5.	Вредные привычки	1	2	3	4	5	6	7
5.6.	Образ жизни	1	2	3	4	5	6	7
5.7.	Недостаточная забота о своем здоровье	1	2	3	4	5	6	7
5.8.	Другое	1	2	3	4	5	6	7
6. Как вы чувствуете себя чаще всего, когда со здоровьем у вас все благополучно?								
6.1.	Я спокоен	1	2	3	4	5	6	7
6.2.	Я доволен	1	2	3	4	5	6	7
6.3.	Я счастлив	1	2	3	4	5	6	7
6.4.	Мне радостно	1	2	3	4	5	6	7
6.5.	Мне ничего не угрожает	1	2	3	4	5	6	7
6.6.	Мне это безразлично	1	2	3	4	5	6	7
6.7.	Ничто особенно не беспокоит меня	1	2	3	4	5	6	7
6.8.	Я чувствую уверенность в себе	1	2	3	4	5	6	7
6.9.	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4	5	6	7
6.10.	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4	5	6	7
7. Как вы чувствуете себя чаще всего, когда узнаете об ухудшении своего здоровья:								
7.1.	Я спокоен	1	2	3	4	5	6	7
7.2.	Я испытываю сожаление	1	2	3	4	5	6	7
7.3.	Я озабочен	1	2	3	4	5	6	7
7.4.	Я испытываю чувство вины	1	2	3	4	5	6	7
7.5.	Я расстроен	1	2	3	4	5	6	7

7.6.	Мне страшно	1	2	3	4	5	6	7
7.7.	Я раздражен	1	2	3	4	5	6	7
7.8.	Я чувствую себя подавленно	1	2	3	4	5	6	7
7.9.	Я встревожен и сильно нервничаю	1	2	3	4	5	6	7
7.10.	Мне стыдно	1	2	3	4	5	6	7
8. Делаете ли вы что-нибудь для поддержания вашего здоровья? Ответьте, пожалуйста, насколько регулярно.								
8.1.	Занимаюсь физическими упражнениями (зарядка, бег трусцой и т. п.)	1	2	3	4	5	6	7
8.2.	Придерживаюсь диеты	1	2	3	4	5	6	7
8.3.	Забочусь о режиме сна и отдыха	1	2	3	4	5	6	7
8.4.	Закаляюсь	1	2	3	4	5	6	7
8.5.	Посещаю врача с профилактической целью	1	2	3	4	5	6	7
8.6.	Слежу за своим весом	1	2	3	4	5	6	7
8.7.	Хожу в баню (сауну)	1	2	3	4	5	6	7
8.8.	Избегаю вредных привычек	1	2	3	4	5	6	7
8.9.	Посещаю спортивные секции (шейпинг, тренажерный зал, бассейн и т. п.)	1	2	3	4	5	6	7
8.10.	Практикую специальные оздоровительные системы (йога, китайская гимнастика и др.)	1	2	3	4	5	6	7
8.11.	Другое	1	2	3	4	5	6	7
9. Если вы заботитесь о своем здоровье недостаточно или нерегулярно, то почему?								
9.1.	В этом нет необходимости, так как я здоров(а)	1	2	3	4	5	6	7
9.2.	Не хватает силы воли	1	2	3	4	5	6	7
9.3.	У меня нет на это времени	1	2	3	4	5	6	7
9.4.	Нет компании (одному скучно)	1	2	3	4	5	6	7
9.5.	Не хочу себя ни в чем ограничивать	1	2	3	4	5	6	7
9.6.	Не знаю, что нужно для этого делать	1	2	3	4	5	6	7
9.7.	Нет соответствующих условий	1	2	3	4	5	6	7
9.8.	Необходимы большие материальные затраты	1	2	3	4	5	6	7
9.9.	Есть более важные дела	1	2	3	4	5	6	7
9.10.	Другое	1	2	3	4	5	6	7

10. Если вы чувствуете недомогание, то:								
10.1.	Обращаетесь к врачу	1	2	3	4	5	6	7
10.2.	Стараетесь не обращать внимания	1	2	3	4	5	6	7
10.3.	Сами принимаете меры, исходя из своего прошлого опыта	1	2	3	4	5	6	7
10.4.	Обращаетесь за советом к друзьям, родственникам, знакомым	1	2	3	4	5	6	7
10.5.	Другое	1	2	3	4	5	6	7

Обработка и интерпретация результатов

Анализ результатов проводится на основании качественного анализа полученных с помощью опросника данных, который может быть осуществлен на нескольких уровнях:

1) каждое утверждение может быть проанализировано в отдельности;

2) анализ данных может проводиться по каждому вопросу (интерпретируются все утверждения, входящие в данный вопрос);

3) каждый блок вопросов или шкала также могут быть рассмотрены по отдельности (анализируются все вопросы и утверждения, входящие в данную шкалу).

Распределение вопросов опросника по шкалам

Название шкалы	Номера вопросов
Когнитивная	3, 4, 5
Эмоциональная	6, 7
Поведенческая	8, 10
Ценностно-мотивационная	1, 2, 9

При анализе отношения к здоровью могут быть выделены противоположные типы отношений – адекватное и неадекватное. В реальной жизни, однако, полярная альтернатива практически исключена, поэтому в дальнейшем при интерпретации полученных эмпирических данных следует говорить о степени адекватности или неадекватности.

Эмпирически фиксируемыми критериями степени адекватности – неадекватности отношения человека к своему здоровью служат:

– *на когнитивном уровне*: степень осведомленности или компетентности человека в сфере здоровья, знание основных факторов риска и антириска, понимание роли здоровья в обеспечении активной и продолжительной жизни;

– *на поведенческом уровне*: степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни;

– *на эмоциональном уровне*: оптимальный уровень тревожности по отношению к здоровью, умение наслаждаться состоянием здоровья и радоваться ему;

– *на ценностно-мотивационном уровне*: высокая значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей (особенно терминальных), степень сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья.

Для интерпретации ответов на открытый вопрос №3 используется процедура контент-анализа: при анализе определений понятия «здоровье», полученных исследовании группы испытуемых, в качестве смысловых единиц элементов содержания рассматриваются существенные признаки здоровья, а также определяется частотность их встречаемости: (% от общего числа опрошенных). В случае индивидуального опроса результаты конкретного испытуемого могут быть соотнесены с данными контент-анализа, представленными в таблице ниже.

Таким образом, наиболее часто встречающимися характеристиками здоровья, отражающими индивидуальные особенности отношения человека к своему здоровью, оказались следующие (по Березовской Р.А.):

1. Большинство респондентов (32%) определяют здоровье как *состояние, характеризующееся хорошим самочув-*

ствием и настроением (например, «Здоровье – это спокойствие и уверенность завтрашнем дне» или «Здоровье – это бодрость и хорошее настроение»).

Данные контент-анализа определений понятия «здоровья»

Вопрос	Варианты ответов	Количество ответов, %
Как бы вы в нескольких словах (или одной фразой) определили, что такое здоровье?	Хорошее самочувствие (ощущение комфорта, благополучие, спокойствие, уверенность)	32
	Когда оно есть, не замечаешь	23
	Отсутствие болезненных ощущений	21
	Гармония физического и психического	17
	Гарантия (залог, ключ) успеха во всех делах	15
	Это жизнь (полная и активная), вкус к жизни	12
	Основа (базис) всей деятельности человека	12
	Когда не задумываешься, что это такое	12
	Радость, счастье	10

2. Здоровье определяется как *то, что не требуется осмысливать и о чем не надо заботиться, пока не появятся симптомы его ухудшения* (например, «Здоровье – это такое состояние организма, при котором не замечаешь его присутствия» (23% ответивших) или «Хорошее здоровье – это состояние, когда можно не думать о болезнях, так как организм не напоминает о неполадках» (12% опрошенных)).

3. Здоровье характеризуется как *отсутствие болезненных ощущений* или заболеваний (так полагают примерно 21% респондентов, утверждающих, например, что «Здоровье – это отсутствие болезней и страха перед ними» или «Здоровье – это когда ничего не болит»).

4. Важной характеристикой здоровья 18% опрошенных считают *гармоничное сочетание в человеке духовного и физического начал* (например, «Здоровье – это физическое и моральное благосостояние» или «гармония тела и духа»).

5. Здоровье также рассматривается в качестве необходимого условия для достижения успеха в различных сферах деятельности (например, 15% респондентов определили здоровье как «возможность быть активным и жить комфортно», такое же количество считают, что здоровье – «золотой ключ к успеху во всем»).

По итогам опроса должна быть представлена качественная характеристика особенностей отношения испытуемого к здоровью на когнитивном, эмоциональном, поведенческом и ценностно-мотивационном уровнях.

Опросник SF-36

Цель: оценка качества жизни и здоровья

Краткая форма оценки здоровья (англ. Medical Outcomes Study-Short Form, сокр. MOS SF-36)^{30, 31} – опросник, предназначенный для исследования неспецифического качества жизни, связанного со здоровьем, вне зависимости от имеющегося заболевания, половых, возрастных особенностей и специфики того или иного лечения. SF-36 был разработан на основании крупного исследования исходов заболеваний (Medical outcomes Study), проведенного в США в 80-ых годах прошлого столетия. Автором является John E. Ware. Опросник был составлен из вопросов методик Psychological General Well-Being Index, Health perception questionnaire и некоторых других. В результате был составлен 40-факторный опросник, содержащий 149 пунктов. Этот опросник получил название 149-item Functioning and well-being profile.

В результате исследования валидности 149-item

³⁰ http://psylab.info/%D0%9A%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0_%D0%BE%D1%86%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%B8_%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%8C%D1%8F#.D0.91.D0.BB.D0.B0.D0.BD.D0.BA_.D0.BE.D0.BF.D1.80.D0.BE.D1.81.D0.BD.D0.B8.D0.BA.D0.B0_SF-12

³¹ <http://med-books.info/akusherstvo-ginekologiya/instruktsiya-obrabotke-dannyih-poluchennyih.html>

Functioning and well-being profile были установлены 8 факторов качества жизни, наиболее часто измеряемых, и наиболее сильно изменяющихся в популяции под влиянием заболевания и лечения. Таким образом, было предположено, что данные факторы отражают наиболее общие и неспецифические параметры качества жизни и опросник на их основе будет пригоден для самых широких медико-социологических исследований. Вопросы, относящиеся к этим факторам, составили современную версию SF-36. Дальнейшие исследования опросника подтвердили его валидность. В 1998 году опросник был валидизирован сотрудниками аналитического сектора Межнационального Центра исследования качества жизни в Санкт-Петербурге, которая была использована для изучения качества жизни 2114 жителей Санкт-Петербурга. Результаты исследования показали высокую согласованность с характеристиками качества данных исследований, проведенных в других странах; российская версия опросника SF-36 обладает надежными психометрическими свойствами и является приемлемой для проведения популяционных исследований качества жизни в России.

Опросник состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее качество жизни. В 2000 г. была создана и апробирована еще более краткая версия опросника, состоящая всего из 12 пунктов (12-Item Short-Form Health Survey, SF-12). Методика, по сути, является скрининговой, и предназначена для быстрой оценки качества жизни больших групп больных. Время заполнения – не более 2-х минут. Из опросника могут быть извлечены те же 8 значений субшкал и один итоговый показатель качества жизни, связанного со здоровьем.

Все шкалы опросника объединены в два измерения: физический компонент здоровья и психический компонент здоровья:

1. Физический компонент здоровья (Physical Health – PH). Составляющие шкалы (1 – 4): физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья.

2. Психический компонент здоровья (Mental Health – MH). Составляющие шкалы (5 – 8): психическое здоровье; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; социальное функционирование; жизненная активность.

Бланк опросника SF-36

Инструкция: Ответьте на каждый вопрос, помечая выбранный Вами ответ так, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

1. В целом Вы бы оценили свое состояние здоровья как... (обведите одну цифру)

Отличное	1
Очень хорошее	2
Хорошее	3
Посредственное	4
Плохое	5

2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад? (обведите одну цифру)

Значительно лучше, чем год назад	1
Несколько лучше, чем год назад	2
Примерно такое же, как год назад	3
Несколько хуже, чем год назад	4
Гораздо хуже, чем год назад	5

Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня.

3. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке)

Утверждение	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
а. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятия силовыми видами спорта	1	2	3
б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды	1	2	3
в. Поднять или нести сумку с продуктами	1	2	3
г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	1	2	3
д. Подняться пешком по лестнице на один пролет	1	2	3
е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	1	2	3
ж. Пройти расстояние более одного километра	1	2	3
з. Пройти расстояние в несколько кварталов	1	2	3
и. Пройти расстояние в один квартал	1	2	3
к. Самостоятельно вымыться, одеться	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего: (обведите одну цифру в каждой строке)

Утверждение	Да	Нет
а. Пришлось сократить количество времени затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
б. Выполнили меньше, чем хотели	1	2
в. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности	1	2
г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего: (обведите одну цифру в каждой строке)

Утверждение	Да	Нет
а. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
б. Выполнили меньше, чем хотели	1	2
в. Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2

6. Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру)

Совсем не мешало	1
Немного	2
Умеренно	3
Сильно	4
Очень сильно	5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели? (обведите одну цифру)

Совсем не испытывал(а)	1
Очень слабую	2
Слабую	3
Умеренную	4
Сильную	5
Очень сильную	6

8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома и по дому)? (обведите одну цифру)

Совсем не мешала	1
Немного	2
Умеренно	3
Сильно	4
Очень сильно	5

Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали, и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель, Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

9. Как часто в течение последних 4 недель... (обведите одну цифру в каждой строке)

Утверждение	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
1	2	3	4	5	6	7
а. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6
б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
в. Вы чувствовали себя таким (ой) подавленным (ой), что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6

1	2	3	4	5	6	7
г. Вы чувствовали себя спокойным (ой) и умиротворенным (ой)?	1	2	3	4	5	6
д. Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
е. Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
з. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
и. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т.п.)? (обведите одну цифру)

Все время	1
Большую часть времени	2
Иногда	3
Редко	4
Ни разу	5

11. Насколько верно или неверно представляется по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений? (обведите одну цифру в каждой строке)

Утверждение	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
1	2	3	4	5	6
а. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5	6
б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Обработка и интерпретация данных

Производится подсчет значений шкал по ключу:

Шкала	Номера пунктов	Минимальное значение	Разброс значений
Физическое функционирование (PF)	3	10	20
Роловое функционирование (RP)	4	4	4
Боль (BP)	7, 8	2	10
Общее здоровье (GH)	1, 11	5	20
Жизнеспособность (VT)	9 (а, д, ж, и)	4	20
Социальное функционирование (SF)	6, 10	2	8
Эмоциональное функционирование (RE)	5	3	3
Психическое здоровье (MH)	9 (б, в, г, е, з)	5	25

В пунктах 6, 9а, 9д, 9г, 9з, 10, 11 – производится обратный счет значений.

Формула вычисления значений: (реальное значение показателя – минимально возможное значение показателя) : (разброс значений) x 100. Таким образом, значение каждой шкалы изменяется от 0 до 100.

Высокие показатели по шкалам говорят о достаточно высоком качестве жизни.

Описание шкал опросника:

1. Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует

выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2. Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

3. Bodily Pain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Высокие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

4. General Health (GH) – общее состояние здоровья – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

5. Vitality (VT) – жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным). Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.

6. Social Functioning (SF) – социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

7. Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выпол-

нению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т. п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

8. Mental Health (МН) – самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций). Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения (ВОЗКЖ-100)

Цель: комплексная диагностика качества жизни и здоровья

Опросник качества жизни ВОЗ (ВОЗКЖ-100)^{32, 33} был разработан Всемирной организацией здравоохранения с целью получения качественного и независимого инструмента оценки качества жизни людей вне зависимости от социального, культурного, демографического и политического контекста. Каждая языковая версия опросника была тщательно разработана и апробирована на предмет валидности и соответствия, пользоваться переводом с другого языка недопустимо, для получения версии на другом языке необходимо обратиться в соответствующий региональный центр ВОЗ. В России таким центром является НИИ им. Бехтерева.

В течение 5 лет опросник создавался одновременно на основных мировых языках в 15 центрах ВОЗ во всех частях света, в странах с различным экономическим уровнем и культурными традициями (WHOQOL – World Health Organization«

³² http://psylab.info/%D0%9E%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D0%BA%D0%B0%D1%87%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0_%D0%B6%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D0%B8_%D0%92%D0%9E%D0%97

³³ http://www.medpsy.ru/dictionary/metod_03_001.php

Qualiti of Life) по единой методологии. Из более 1500 вопросов, предложенных в начале работы над опросником, было выбрано 100 лучших, в первую очередь на основе отчетов самих пациентов. Выборка составляла порядка 4500 человек. Опубликованная на сегодняшний день версия датируется 2003 г. Также одновременно была создана сокращенная версия. Краткая версия опросника (англ. WHOQOL-BREF) состоит из 26 вопросов. 24 из них группируются в 4 шкалы, 2 вопроса (первый и второй) учитываются изолированно.

По определению ВОЗ, качество жизни – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. Качество жизни определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека, имеющими для него важное значение и на него влияющими. Качество жизни – это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества.

Согласно мнению ООН социальная категория качества жизни включает 12 параметров, из которых на первом месте стоит здоровье. Европейская экономическая комиссия систематизировала восемь групп социальных индикаторов качества жизни, при этом здоровье также поставлено на первое место. Следовательно, качество жизни, связанное со здоровьем, можно рассматривать как интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанную на его субъективном восприятии

Опросник имеет абсолютно прозрачную структуру и состоит из прямых вопросов. Ценность опросника – в получении информации по субъективному ощущению индивидом качества своей жизни. Это понятие определяется ВОЗ как «восприятие индивидами их жизни в контексте культуры

и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами».

Основная (ядерная) версия ВОЗКЖ-100 охватывает все основные сферы, влияющие на качество жизни, и общие для большинства людей на планете. Эта версия включает 100 вопросов. Одновременно с этим было разработано несколько специфических модулей, которые измеряют качество жизни в связи со специфическими вопросами (например, психическими заболеваниями). 100 вопросов позволяют оценить качество жизни в 6 сферах жизни человека: Физическая сфера, Психологическая сфера, Независимость, Социальная активность, Окружающая среда и Духовность. Кроме того, 4 вопроса оценивают качество жизни в целом. Каждая из сфер состоит из различного количества субсфер: например, Физическая сфера включает в себя субсферы Физическая боль и дискомфорт; Жизненная активность, Энергия и усталость и Сон и отдых. Каждая из субсфер включает в себя 4 вопроса. Для облегчения обработки результатов сферы пронумерованы римскими цифрами, субсферы – арабскими, а вопросы – второй арабской цифрой после точки. Например, сфера IV Социальная активность, субсфера F13 (нумерация общая) Личные отношения, третий вопрос этой субсферы F13.3.

При этом первый вопрос субсферы является, по сути, шкалой интенсивности, второй – шкалой способности, третий – шкалой частоты, четвертый – шкалой оценки. Для ответа на вопрос предусмотрено 5 вариантов ответа от «Совсем нет/никак/никогда/нисколько» до «Предельно много/сильно/всегда/постоянно». Первый вариант оценивает в 1 балл, последний – в 5, но некоторые вопросы необходимо подсчитывать в противоположных значениях. После основного текста опросника, насколько это возможно, необходимо задавать вопросы о важности для индивида каждой из субсфер или даже

отдельных компонентов субсфер. Часто эти вопросы включаются в общий текст в конце опросника, в таком случае их шифруют как IMP«номер субсферы или вопроса». Например, ImpG.2.

Бланк опросника ВОЗКЖ-100 (ядерный модуль)

Дата обследования: _____

ФИО респондента: _____

Пол: Мужской – (1); женский – (2)

Возраст: Когда вы родились? (Число-месяц-год) _____

Вам на сегодня ____ полных лет

Ваше образование: неоконченное среднее – (1); полное среднее – (2); среднее специальное – (3); незаконченное высшее – (4); полное высшее – (5)

Ваше семейное положение: холост – (1); официально женат/замужем – (2); незарегистрированный брак – (3); разведен – (4)

Ваша профессия (основной род занятий в настоящее время): _____

Ваш средний ежемесячный доход из всех источников? _____

Есть ли у вас дети: нет – (1); один – (2); двое – (3); трое и более – (4)

Больны ли вы в настоящий момент? Нет – (1); да – (2)

Если да, то чем именно: _____

Есть ли у вас инвалидность: нет – (1); да – (2)

Если да, то какой группы: _____

Укажите, какое лечение вы получали в последние две недели: стационарное – (1); дневное стационарное – (2); стационарное менее 3-х дней – (3); стационарное по вечерам – (4); амбулаторное (включая телефонную консультацию с врачом, прием выписанных лекарств и выполнение рекомендованных процедур) – (5); чувствовал себя больным, но не получал никакого лечения – (6); был здоров, но не получал ника-

кого лечения – (7); получал лечение у лиц без медицинского образования – (8).

Дальнейшие вопросы касаются того, что вы чувствуете относительно качества жизни, здоровья и других сфер вашей жизни. Если вы не уверены в том, какой ответ Вам выбрать, выберите тот, который кажется вам наиболее подходящим. Часто это может быть Ваша первая реакция на вопрос. Пожалуйста, имейте в виду Ваши основные нормы, надежды, удовольствия и заботы. В данном разделе мы просим Вас оценивать Вашу жизнь за ПОСЛЕДНИЕ ДВЕ НЕДЕЛИ. Ответьте на вопросы с помощью следующей шкалы.

- 1 – совсем нет;
- 2 – относительно слабо;
- 3 – средне;
- 4 – относительно сильно;
- 5 – предельно сильно.

Код вопроса	Текст вопроса	Балл
1	2	3
F1.1	Как часто вы испытываете боль?	
F1.2	Беспокоитесь ли вы по поводу физических болей или дискомфорта?	
F1.3	Насколько трудно вам справляться с физической болью или дискомфортом?	
F1.4	В какой степени вы чувствуете, что боль препятствует выполнению того, что вам нужно делать?	
F2.1	Достаточно ли у вас энергии для повседневной жизни?	
F2.2	Насколько легко вы утомляемы?	
F2.3	Насколько вы удовлетворены той энергией, которой обладаете?	
F2.4	Насколько сильно вас беспокоит усталость?	
F3.1	Как хорошо вы спите?	
F3.2	Имеются ли у вас какие-либо трудности со сном?	
F3.3	Насколько вы удовлетворены своим сном?	

1	2	3
F3.4	Как сильно вас беспокоят проблемы сна?	
F4.1	Насколько сильно вы наслаждаетесь жизнью?	
F4.2	Чувствуете ли вы себя в целом довольным жизнью?	
F4.3	Насколько оптимистично вы ощущаете свое будущее?	
F4.4	Как много положительных чувств вы испытываете в жизни?	
F5.1	Как вы оцениваете свою память?	
F5.2	Насколько вы удовлетворены своей способностью усваивать новое?	
F5.3	Насколько хорошо вы можете концентрировать свое внимание?	
F5.4	Насколько вы удовлетворены своей способностью принимать решения?	
F6.1	Насколько высоко вы цените себя?	
F6.2	Насколько вы уверены в себе?	
F6.3	Насколько вы удовлетворены собой?	
F6.4	Насколько вы удовлетворены своими способностями?	
F7.1	Способны ли вы принимать то, как вы выглядите?	
F7.2	Чувствуете ли вы себя подавленными из-за того, как вы выглядите?	
F7.3	Есть ли что-либо в вашей внешности, что вызывало бы в вас чувство дискомфорта?	
F7.4	Насколько вы удовлетворены тем, как выглядит ваше тело?	
F8.1	Как часто вы испытываете негативные чувства, такие как плохое настроение, отчаяние, тревога и депрессия?	
F8.2	Насколько обеспокоенными вы себя чувствуете?	
F8.3	Насколько сильно чувства печали и депрессии влияют на вашу повседневную деятельность?	
F8.4	Как сильно вас беспокоят депрессивные чувства?	
F9.1	Как хорошо вы способны передвигаться?	
F9.2	Насколько вы удовлетворены своей способностью передвигаться?	
F9.3	Насколько сильно трудности при передвижении досаждают вам?	
F9.4	Насколько сильно трудности при передвижении досаждают вам?	

1	2	3
F10.1	В какой степени вы способны справляться с повседневными делами?	
F10.2	Насколько вам трудно выполнять повседневные дела?	
F10.3	Насколько вы удовлетворены своей способностью выполнять повседневные дела?	
F10.4	Насколько сильно вы обеспокоены какими-либо ограничениями в выполнении повседневных дел?	
F11.1	Насколько вы зависите от лекарств?	
F11.2	Насколько сильно вы нуждаетесь в использовании каких-либо лекарств для нормального функционирования в вашей повседневной жизни?	
F11.3	Насколько сильно вы нуждаетесь в каком-либо медицинском лечении для нормального функционирования в повседневной жизни?	
F11.4	Насколько сильно качество вашей жизни зависит от использования лекарственных веществ и медицинской помощи?	
F12.1	Можете ли вы работать?	
F12.2	Чувствуете ли вы себя способным выполнять свои обязанности?	
F12.3	Как вы оцениваете свою способность работать?	
F12.4	Насколько вы удовлетворены своей способностью работать?	
F13.1	Насколько сильно вы чувствуете себя одиноким в жизни?	
F13.2	Чувствуете ли вы себя счастливым в общении с членами своей семьи?	
F13.3	Насколько вы удовлетворены своими личными взаимоотношениями?	
F13.4	Насколько вы удовлетворены своей способностью обеспечивать или поддерживать других людей?	
F14.1	Получаете ли вы какую-либо поддержку от других, когда вам это нужно?	
F14.2	В какой мере вы можете рассчитывать на своих друзей в случае нужды в них?	
F14.3	Насколько вы удовлетворены той поддержкой, которую вы получаете от членов семьи?	

1	2	3
F14.4	Насколько вы удовлетворены той поддержкой, которую вы получаете от друзей?	
F15.1	Как вы оцениваете свою сексуальную жизнь?	
F15.2	В какой степени удовлетворяются ваши сексуальные потребности?	
F15.3	Насколько вы удовлетворены своей сексуальной жизнью?	
F15.4	Беспокоят ли вас какие-либо трудности в сексуальной жизни?	
F16.1	Насколько безопасно вы чувствуете себя в повседневной жизни?	
F16.2	Чувствуете ли вы, что живете в безопасном и защищенном окружении?	
F16.3	Насколько сильно вы беспокоитесь о своей безопасности и защищенности?	
F16.4	Насколько вы удовлетворены уровнем своей физической безопасности и защищенности?	
F17.1	Насколько комфортно ваше жилье (место проживания)?	
F17.2	Насколько качество вашего жилья соответствует вашим потребностям?	
F17.3	Насколько вы удовлетворены условиями в своем доме (месте, где вы постоянно живете)?	
F17.4	Насколько вам нравится жить там, где вы живете?	
F18.1	Достаточно ли у вас денег для удовлетворения своих потребностей?	
F18.2	Есть ли у вас финансовые трудности?	
F18.3	Насколько вы удовлетворены своим финансовым положением?	
F18.4	В какой степени вы беспокоитесь о деньгах?	
F19.1	Насколько легко вы можете получить качественную медицинскую помощь?	
F19.2	Как вы оцениваете качество доступной вам социальной помощи?	
F19.3	Насколько вы удовлетворены доступностью для вас медицинского обслуживания?	
F19.4	Насколько вы удовлетворены службой социального обеспечения?	

1	2	3
F20.1	Насколько доступна для вас необходимая вам в вашей повседневной жизни информация?	
F20.2	В какой мере вы обладаете возможностями получать информация, в которой чувствуете необходимость?	
F20.3	Насколько вы удовлетворены имеющимися у вас возможностями для приобретения новых умений и навыков?	
F20.4	Насколько вы удовлетворены имеющимися у вас возможностями узнавать новую информацию?	
F21.1	Обладаете ли вы возможностями для отдыха и развлечений?	
F21.2	Способны ли вы расслабиться и получить удовольствие?	
F21.3	В какой мере вы получаете наслаждение от проведения свободного времени?	
F21.4	Насколько вас удовлетворяет ваша деятельность в свободное время?	
F22.1	Насколько здоровым является ваше физическое окружение (среда)?	
F22.2	В какой степени вас беспокоит шум в районе вашего проживания?	
F22.3	Насколько вы удовлетворены физическими характеристиками окружающей вас среды (такими, как загрязненность, зашумленность, красота или привлекательность)?	
F22.4	Насколько вы удовлетворены климатом в месте своего проживания?	
F23.1	Обеспечены ли вы необходимыми транспортными средствами?	
F23.2	Много ли у вас проблем с транспортом?	
F23.3	Насколько вы удовлетворены имеющимся в вашем распоряжении транспортом?	
F23.4	Как сильно затруднения с транспортом ограничивают вашу жизнь?	
F24.1	Вносят ли ваши личные убеждения (мировоззрение) смысл в вашу жизнь?	
F24.2	В какой мере вы чувствуете, что ваша жизнь имеет смысл?	

1	2	3
F24.3	Придают ли вам ваши личные убеждения (мировоззрение) силы противостоять трудностям?	
F24.4	Помогают ли вам ваши личные убеждения понимать жизненные трудности?	
G1	Как вы оцениваете свое качество жизни?	
G2	Насколько вы удовлетворены качеством своей жизни?	
G3	В целом насколько вы удовлетворены своей жизнью?	
G4	Насколько вы удовлетворены своим здоровьем?	
Imp1	Насколько важно для вас быть свободным от любой боли?	
Imp2	Насколько важно для вас иметь жизненную энергию?	
Imp3	Насколько важно для вас сон, приносящий отдых?	
Imp4.1	Насколько важно для вас ощущать счастье и наслаждение от жизни?	
Imp4.2	Насколько важно для вас ощущать удовольствие?	
Imp4.3	Насколько важно для вас ощущать надежду?	
Imp5.1	Насколько важно для вас способность усваивать и помнить важную информацию?	
Imp5.2	Насколько важно для вас способность разбираться с ежедневными делами и принимать решения?	
Imp5.3	Насколько важно для вас насколько важна для вас способность концентрации внимания?	
Imp6	Насколько важно для вас иметь положительную оценку себя?	
Imp7	Насколько важно для вас представление о своем теле и внешности?	
Imp8	Насколько важно для вас быть свободным от негативных чувств (печаль, депрессия, тревога, беспокойство)?	
Imp9	Насколько важно для вас иметь способность передвигаться?	
Imp10	Насколько важно для вас быть способным выполнять повседневную деятельность (умывание, одевание, приготовление пищи)?	
Imp11	Насколько важно для вас быть свободным от зависимости от лекарств и лечения?	
Imp12	Насколько важно для вас ваша способность работать?	

1	2	3
Imp13	Насколько для вас важны взаимоотношения с другими людьми?	
Imp14	Насколько важно для вас поддержка окружающих?	
Imp15	Насколько важно для вас ваша сексуальная жизнь?	
Imp16	Насколько важно для вас чувство физической безопасности и защищенности?	
Imp17	Насколько важны для вас домашние условия?	
Imp18	Насколько важны для вас ваши финансовые условия?	
Imp19.1	Насколько важно для вас иметь возможность получить необходимую вам медицинскую помощь?	
Imp19.2	Насколько важно для вас иметь возможность получить необходимую вам социальную помощь?	
Imp20.1	Насколько важна для вас возможность получать новую информацию и знания?	
Imp20.2	Насколько важна для вас возможность получать новые навыки?	
Imp21	Насколько важен для вас отдых или досуг?	
Imp22	Насколько важны для вас окружающая вас среда (загрязнение, шум, климат, привлекательность)?	
Imp23	Насколько важна для вас адекватная работа транспорта в повседневной жизни?	
Imp24	Насколько важны для вас ваши личные убеждения?	
ImpG.1	Насколько важно для вас ваше общее качество жизни?	
ImpG.2	Насколько важно для вас ваше здоровье?	

Обработка и интерпретация результатов

Опросник качества жизни ВОЗ при полном заполнении рассчитан на получение шести значений сфер, двадцати четырех значений субсфер, оценки общего восприятия качества жизни и здоровья и итогового значения опросника (всего 32 значения). Отдельное значение имеют ответы на вопросы, связанные с важностью – их значения не подсчитываются, но могут быть проанализированы в динамике – ожидается, что, например, на фоне лечения, важность тех или иных сфер изменится вместе с изменением уровня качества жизни по ним.

Каждая из субсфер, даже если ее название звучит негативно (например, Физическая боль), дает значение качества жизни, а значит, чем выше значение по любой из субсфер, тем выше качество жизни по ней. Для негативно названных шкал это означает низкую выраженность проблемы.

Все вопросы имеют одинаковый вес, и каждый относится только с своей субсфере, поэтому результат достигается простым суммированием (или вычитанием) полученных баллов.

Расчет значений субсфер

Общая оценка восприятия жизни рассчитывается как сумма входящих в нее вопросов: $G=G1+G2 + G3+G4$

Физическая боль и дискомфорт:

$$F1 = 24 - (F1.1 + F1.2 + F1.3 + F1.4)$$

Жизненная активность, энергия и усталость:

$$F2 = 12 + F2.1 - F2.2 + F2.3 - F2.4$$

Сон и отдых: $F3 = 12 + F3.1 - F3.2 + F3.3 - F3.4$

Положительные эмоции: $F4 = F4.1 + F4.2 + F4.3 + F4.4$

Мышление, обучаемость, память и концентрация:

$$F5 = F5.1 + F5.2 + F5.3 + F5.4$$

Самооценка: $F6 = F6.1 + F6.2 + F6.3 + F6.4$

Образ тела и внешность:

$$F7 = 12 + F7.1 - F7.2 - F7.3 + F7.4$$

Отрицательные эмоции:

$$F8 = 24 - (F8.1 + F8.2 + F8.3 + F8.4)$$

Подвижность: $F9 = 12 + F9.1 + F9.2 - F9.3 - F9.4$

Способность выполнять повседневные дела:

$$F10 = 12 + F10.1 - F10.2 + F10.3 - F10.4$$

Зависимость от лекарств в лечении:

$$F11 = 24 - (F11.1 + F11.2 + F11.3 + F11.4)$$

Способность к работе:

$$F12 = F12.1 + F12.2 + F12.3 + F12.4$$

Личные отношения:

$$F13 = 6 - F13.1 + F13.2 + F13.3 + F13.4$$

Практическая социальная поддержка:

$$F14 = F14.1 + F14.2 + F14.3 + F14.4$$

Сексуальная активность:

$$F15 = 6 + F15.1 + F15.2 + F15.3 - F15.4$$

Физическая безопасность и защищенность:

$$F16 = 6 + F16.1 + F16.2 - F16.3 + F16.4$$

Окружающая среда дома:

$$F17 = F17.1 + F17.2 + F17.3 + F17.4$$

Финансовые ресурсы:

$$F18 = 12 + F18.1 - F18.2 + F18.3 - F18.4$$

Медицинская и социальная помощь:

$$F19 = F19.1 + F19.2 + F19.3 + F19.4$$

Возможности для приобретения новой информации и навыков: $F20 = F20.1 + F20.2 + F20.3 + F20.4$

Возможности для отдыха и развлечений и их использование: $F21 = F21.1 + F21.2 + F21.3 + F21.4$

Окружающая среда вокруг:

$$F22 = 6 + F22.1 - F22.2 + F22.3 + F22.4$$

Транспорт: $F23 = 12 + F23.1 - F23.2 + F23.3 - F23.4$

Духовность/религия/личные убеждения:

$$F24 = F24.1 + F24.2 + F24.3 + F24.4$$

Расчет значений сфер

Каждая субсфера дает равный вклад в значение сферы. Однако все сферы содержат различное количество субсфер. Поэтому для достижения сопоставимости сфер значения сфер усредняются по следующим формулам:

$$\text{Физическая сфера: } I = F1 + F2 + F3 / 3$$

$$\text{Психологическая сфера: } II = F4 + F5 + F6 + F7 + F8 / 5$$

$$\text{Уровень независимости: } III = F9 + F10 + F11 + F12 / 4$$

$$\text{Социальные взаимоотношения: } IV = F13 + F14 + F15 / 3$$

Окружающая среда:

$$V = F16 + F17 + F18 + F19 + F20 + F21 + F22 + F23 / 8$$

Духовная сфера: VI – в ядерном модуле значение дан-

ной сферы совпадает с суммой ответов на вопросы субсферы «Духовность, религия, личные убеждения» (F24).

Расчет общей оценки качества жизни

Суммарная итоговая оценка качества жизни респондента рассчитывается как сумма значений шести основных сфер качества жизни опросника (I + II + III + IV + V + VI).

Пропущенные значения

Если в ответах на вопросы субсферы пропущен один пункт, в расчетах вместо значения ответа на него используется среднее значение для трех пунктов, ответ на которые имеется. Если не получено два или более ответов на вопросы отдельной субсферы, данная субсфера не рассчитывается.

Если в отдельной сфере невозможно рассчитать значение одной (а для сферы «Окружающая среда» – двух) из составляющих ее субсфер, значение этой субсферы принимается равным среднему значению, вычисляемому для имеющихся субсфер. Если невозможно рассчитать большее число субсфер, расчета значения данной сферы не производится. В этом случае не производится и расчет итоговой оценки качества жизни.

Поскольку в ядерном модуле опросника ВОЗКЖ духовная сфера состоит только из одной субсферы, то в случае наличия пропущенных ответов она рассчитывается по правилу, принятому для субсфер.

Каждая субсфера вносит равный вклад в значение сферы, но все сферы имеют различное количество субсфер, поэтому для нормализации получаемых данных значение сферы равно среднему арифметическому значению всех входящих в нее субсфер:

Интерпретация шкал опросника

Г. Общее качество жизни и состояние здоровья

Общее качество жизни и состояние здоровья» исследует

то, каким образом человек воспринимает свое качество жизни, здоровье и благополучие.

1. Физическая сфера

F1. Физическая боль и дискомфорт

«Боль и дискомфорт» исследует неприятные физические ощущения, которые испытывает индивид, и степень, в которой эти ощущения являются беспокоящими и мешают индивиду в его жизни. Вопросы этой субсферы включают контроль, который индивид имеет над болью, и легкость, с которой может быть достигнуто освобождение или облегчение от боли. Предполагается, что чем легче достигается освобождение от боли, тем меньше страх перед ней и, как результат, меньше величина ее влияние на качество жизни. Также изменения интенсивности боли могут беспокоить больше, чем сам боль. Даже если в данный момент индивид не испытывает боли (благодаря лекарствам либо тому, что боль по своей природе является периодической, как, например, мигрень), на качество жизни может влиять постоянная угроза боли. Известно, что люди по-разному реагируют на боль, и различная способность переносить боль и примиряться с ней, по видимому, влияет на качество жизни. Субсфера включает в себя такие неприятные физические ощущения, как онемение, болезненные ощущения, кратковременная или длительная боль, зуд. Боль считается существующей, если индивид утверждает, что она есть, даже если нет медицинских оснований рассматривать ее как существующую.

F2. Жизненная активность, энергия и усталость

«Энергия и усталость» исследует энергию, энтузиазм и выносливость, с которыми индивид выполняет необходимые задачи повседневной жизни, а также иные виды деятельности, избираемые им самим, как. Например, отдых. Диапазон ответов – от сообщений о полной неспособности делать что-либо из-за усталости до случаев, когда индивид ощуща-

ет в себе достаточно энергии, чтобы чувствовать себя действительно бодрым. Усталость может происходить из-за любой причины, будь то соматическое или психическое заболевание, любое недомогание, подавленность из-за личных проблем либо физическое перенапряжение. Воздействия усталости на социальные взаимоотношения, рост зависимости от других людей из-за хронической усталости, а также причины любого вида усталости не исследуются, хотя косвенно упоминаются в вопросах данной субсферы, а также субсфер, касающихся повседневной активности и межличностных отношений.

F3. Сон и отдых

«Сон» исследует, насколько сон и имеющиеся проблемы со сном влияют на качество жизни индивида. Проблемы сна включают трудности засыпания, ночные пробуждения, раннее утреннее пробуждение, сопровождающееся неспособностью заснуть вновь, а также отсутствие ощущения отдыха от сна. Вопросы данной субсферы не исследуют специфических личных характеристик сна человека, таких, например, как обыкновение рано просыпаться по утрам или же то, принимает ли человек снотворные препараты. Вопросы по поводу зависимости индивида от лекарств, помогающих ему заснуть, включены в отдельную субсферу «Зависимость от веществ». Субсфера фокусируется на том, расстроен ли сон или нет, а причина этих расстройств может быть любой, связанной как с индивидом, так и с окружающей средой.

II. Психологическая сфера

F4. Положительные эмоции

Исследуется, как много человек испытывает позитивных чувств, таких как удовлетворение, внутренне равновесие (гармония), покой, счастье, надежда, радость и удовольствие от приятных вещей в жизни. Важной частью данной субсферы являются мысли и чувства человека относительно своего

будущего. Для многих респондентов эта сфера может рассматриваться как синоним качества жизни вообще. Негативные чувства не включены, так как они рассматриваются в другой сфере.

Ф5. Мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции)

«Познавательные функции» исследуют мнение индивида о собственном мышлении, способности усваивать новое (обучаться), памяти, способности к концентрации внимания и к принятию решений. Это включает скорость мышления и ясность мысли. Вопросы не касаются того, обладает ли индивид достаточно ясным, живым и бодрым сознанием, хотя это и влияет на мышление, память и концентрацию внимания. У некоторых респондентов необходимость сообщить о своих проблемах в этой области может вызвать сопротивление. Некоторые люди с трудностями в познавательной сфере вследствие деменции или мозговых нарушений могут оказаться неспособными понять эти вопросы. Их ответы следует отбрасывать либо их объективно крайне низкий уровень умственного функционирования может считаться указанием на то, что они не должны обследоваться с помощью ВОЗКЖ-100.

Ф6. Самооценка

«Самооценка» исследует, каковы чувства индивида относительно самого себя как личности. Они могут варьироваться от позитивных до крайне негативных. Исследуется, испытывают ли люди чувство собственной ценности как личности. Также исследуется аспект самооценки, связанный с тем, ощущает ли индивид себя способным к эффективному функционированию, удовлетворен ли собой и своей способностью самоконтроля. Вопросы включают чувства людей по отношению к самим себе в целом ряде аспектов: способность ладить с другими людьми, образование, оценка своих способностей

к самосовершенствованию, выполнению особых задач, различного рода поведению, семейного отношения, чувство собственного достоинства и самопринятие. У некоторых людей самооценка весьма зависит от того, как они функционируют на работе или дома, либо от того, как другие люди воспринимают их и общаются с ними. В некоторых культурах самооценка является скорее оценкой в рамках семьи, чем индивидуальной. Предполагается, что вопросы могут быть поняты каждым человеком в том аспекте, который важен или имеет смысл лично для него и отражает собственную жизненную позицию. Вопросы не включают очень специфические упоминания относительно образа собственного тела и социальных взаимоотношений, поскольку это охвачено другими разделами. Однако подразумевается, что чувство собственной ценности, проистекающее из этих видов деятельности, охвачено вопросами на некотором более высоком уровне. Известно также, что некоторые люди находят разговоры о самооценке затруднительными, и вопросы по возможности составлены так, чтобы это учесть.

F7. Образ тела и внешность

«Образ тела и внешность» исследует мнение индивида о своем теле. Оно включает информацию о том, воспринимает индивид внешний вид своего тела позитивно или негативно. Субсфера фокусируется на чувстве удовлетворенности индивида тем, как он выглядит, и на том, как это влияет на мнение о себе. Это включает степень, в которой воображаемые или, если они есть, реальные физические недостатки могут быть скорректированы (например, с помощью грима или косметики, одежды, искусственной конечности и т. д.). На образ тела, складывающийся у индивида, весьма сильно влияет и то, как другие люди реагируют на его внешность. Вопросы сформулированы так, чтобы склонить респондентов скорее говорить о том, какие чувства они в действитель-

ности испытывают, чем отвечать так, как они, по их мнению, «должны» были бы ответить. Также формулировка вопросов дает возможность охватить всех респондентов, от тех, которые счастливы тем, что обладают именно такой внешностью, до тех, кто страдает серьезными физическими недостатками.

F8. Отрицательные эмоции

Фактор «Отрицательные эмоции» исследует, в какой мере индивид испытывает негативные чувства, включая уныние, печаль, вину, слезливость, отчаяние, нервозность, тревогу и отсутствие удовольствия от жизни. Субсфера исследует силу имеющихся у индивида отрицательных переживаний и их влияние на повседневное функционирование индивида. Вопросы сформулированы так, чтобы сохранять свой смысл и для индивидов, у которых есть серьезные психологические трудности, например, глубокая депрессия, мания или приступы паники. Вопросы не включают ослабление концентрации внимания из-за отрицательных эмоций и взаимосвязь между негативными чувствами и социальными взаимодействиями индивида, поскольку это является содержанием других субсфер. Вопросы также исключают какие-либо детализированные оценки степени тяжести негативных чувств.

III. Уровень независимости

F9. Подвижность

«Подвижность» исследует точку зрения индивида на его способность передвигаться с места на место, вокруг дома и к месту работы, к местам остановки транспорта и от них. Вопросы фокусируются на общей способности индивида пойти туда, куда он хочет, без посторонней помощи, независимо от того, какие средства он для этого использует. Предполагается, что если подвижность индивида в значительной степени зависит от других людей, то это, по-видимому, неблагоприятно влияет на его качество жизни. Также вопросы о трудностях в передвижении не касаются того, наступили ли

они внезапно или более-менее постепенно, хотя и известно, что это может оказать значительное влияние на качество жизни. Ухудшение в состоянии индивида необязательно влияет на его подвижность. Так, например, человек, использующий инвалидную коляску (кресло на колесиках) или каркас, поддерживающий его при ходьбе, может обладать удовлетворительной подвижностью в соответствующем образе оборудованном жилом или рабочем месте. Субсфера не включает вопросы обеспеченности транспортом (таким, например, как автобус или автомобиль), поскольку это охватывается другим разделом («Транспорт»).

F10. Способность выполнять повседневные дела

«Способность выполнять повседневные дела» исследует способность людей выполнять свои обычные повседневные дела. Это включает как заботу о себе, так и, соответственно, о своей собственности. Вопросы фокусируются на способности индивида выполнять те дела, которые ему обычно необходимо делать изо дня в день. Степень, в которой индивид в своих обычных ежедневных делах зависит от помощи других лиц, по-видимому, влияет на его качество жизни. Вопросы не включают те сферы повседневной деятельности, которые охвачены другими разделами, а именно: специфические виды деятельности, связанные с усталостью, расстройствами сна, депрессией, тревогой, подвижностью и т. д. – не касаются того, есть у индивида дом или семья.

F11. *Зависимость от лекарств и лечения*

«Зависимость от лекарств и лечения» исследует зависимость индивида от медицинского или альтернативного (например, акупунктура, фитотерапия) лечения, применяемого для поддержания его физического и психологического благополучия на желаемом уровне. Прием медикаментов может в некоторых случаях оказывать негативное влияние на качество жизни индивида (например, побочные эффекты при фар-

макотерапии), в то время как в других случаях может улучшать качество жизни человека (например, у больного злокачественным новообразованием, который принимает болеутоляющие). Субсфера включает медицинские вмешательства, которые не являются фармакологическими, но от которых индивид все же зависит, например, стимулятор сердечного ритма, искусственная конечность или калоприемник для пациента, перенесшего колостомию. Но субсфера не исследует в подробностях, какое именно лечение или лекарство используется человеком.

F12. Способность к работе

«Работоспособность» исследует использование индивидом собственной энергии для работы. «Работа» означает любой основной вид деятельности, в которую человек вовлечен, что может включать дневное обучение, оплачиваемую работу, неоплачиваемую работу, добровольную общественную работу, заботу о детях и работу по дому. Вопросы не касаются того, что люди чувствуют относительно характера своей работы, которую выполняют, а также качества их рабочей среды.

IV. Социальные отношения

F13. Личные отношения

«Личные отношения» исследуют степень, в которой люди чувствуют дружелюбие, любовь и поддержку, по сравнению с тем, чего бы они желали для близких (дружеских и любовных) отношений в своей жизни. Эта субсфера касается также имеющихся у индивида в настоящий момент обстоятельств и реальной деятельности, связанных с поддержкой и обеспечением других людей. Субсфера включает способность и возможность любить, быть любимым, устанавливать и поддерживать эмоциональную и физическую (за исключением чисто сексуальной) близость с другими людьми. В данную субсферу входит то, в какой степени люди чувствуют возможность

разделить моменты горя или радости с теми, кого они любят; ощущение того, что они любят и любимы; физические аспекты близости, такие как прикосновение или объятие. Понятно, что это субсфера пересекается (частично совпадает) с интимностью в сексуальной жизни (субсфера «Сексуальные отношения»). Субсфера включает также то, в какой мере индивид удовлетворен своей помощью другим людям или же чувствует, что он перегружен из-за этого. Подразумевается, что вопросы дают респонденту возможность выразить как позитивный, так и негативный опыт. Субсфера включает в себя все типы близких любовных отношений, таких как дружба, брак, гетеро- или гомосексуальное сожительство.

F14. Практическая социальная поддержка

«Практическая социальная поддержка» исследует, в какой степени индивид чувствует поддержку, облегчение и возможность получить практическую помощь со стороны семьи и друзей. Вопросы исследуют, в какой степени его семья и друзья разделяют с ним ответственность и сотрудничают в решении семейных и личных проблем. Субсфера фокусируется на том, в какой степени индивид чувствует, что он имеет поддержку со стороны семьи и друзей, в особенности, в какой степени он может зависеть от них в трудной (кризисной) ситуации. Это включает, в какой степени индивид ощущает, что он получает одобрение и воодушевление от семьи и друзей, а также возможную негативную роль семьи и друзей в жизни индивида, например, словесные оскорбления или физическое насилие (вопросы сформулированы так, чтобы была возможность выявления этого).

F15. Сексуальная активность

«Сексуальная активность»: вопросы, касающиеся сексуальной активности, исследуют побуждение к сексу и желание секса у индивида, а также степень, в которой индивид способен выражать свои сексуальные желания и подходя-

щим для себя образом удовлетворять их, получая при этом удовольствие. Вопросы исключают оценочные суждения относительно секса и касаются только того, каким образом сексуальная активность индивида влияет на его качество жизни. Таким образом, сексуальная ориентация и сексуальная практика индивида не столь важны, как сексуальное желание, его выражение, возможности для секса и удовлетворение от него, которые являются фокусом данной субсферы. Известно, что сексуальная активность – это тема, о которой трудно спрашивать, и, вероятно, ответы на эти вопросы будут в некоторых культурах более сдержанными. Предполагается также, что ответы на эти вопросы у людей различных возрастов, а также у мужчин и женщин будут несколько отличаться. В некоторых культурах фертильность (плодовитость) является центральным моментом секса, и рождение детей играет чрезвычайно важную роль. Субсфера включает данный аспект сексуальной жизни, и, по-видимому, ее вопросы будут поняты в данных культурах именно в таком аспекте. Некоторые респонденты могут сообщать о невысоком уровне сексуального желания или его отсутствии без того, чтобы это имело какое-либо значительное влияние на их уровень жизни.

V. Окружающая среда

F16. Физическая безопасность и защищенность

«Свобода, физическая безопасность и защищенность» исследует наличие у людей чувства безопасности и защищенности от нанесения физического ущерба. Угроза свободе, безопасности и защищенности может происходить из любого источника, такого, как другие люди или политическое притеснение. Вопросы сформулированы так, чтобы дать возможность получить ответы от людей с различным уровнем безопасности – от тех, кто имеет возможность жить без каких-либо ограничений, до тех, чье окружение является притесняющим и кто не чувствует себя в безопасности. Вопросы исследу-

ют степень, в которой индивид чувствует существование неких «ресурсов», которые обеспечивают или могут обеспечить ему чувство безопасности и защищенности. Эта субсфера, по-видимому, имеет особое значение для определенных групп людей, таких как жертвы катастроф, бездомные, лица опасных профессий, т. е. те, кто имеет отношения с преступным миром, и жертвы насилия. Вопросы не исследуют глубину чувств тех, кто может быть серьезно психически болен и ощущает свою безопасность под угрозой неопределенных вещей, таких как «происки врагов». Вопросы фокусируются на собственных чувствах индивида, связанных с его безопасностью или небезопасностью, защищенностью или незащищенностью, в той мере, в какой они влияют на качество его жизни.

F17. Окружающая среда дома

«Окружающая среда дома» исследует то основное место, где индивид живет (как минимум, спит и хранит большую часть своего имущества), и то, как присущие этому месту характеристики (особенности) влияют на его качество жизни. Качество жилья оценивается на основе того, насколько комфортабельным оно является, а также с точки зрения предоставления респонденту безопасного места проживания. Субсфера включает в себя такие особенности жилья индивида, как перенаселенность; количество жизненного пространства; чистота; возможности для интимности; имеющиеся в наличии удобства, такие как электричество, туалет, водопровод; а также качество конструкции здания (например, протекающая крыша, сырость). Качество ближайшего окружения (окрестностей, того, что находится рядом, по соседству) дома является важным фактором, влияющим на качество жизни, поэтому данная тема включена в вопросы данной субсферы. Вопросы сформулированы так, чтобы иметь дело с нормальным значением слова «дом», под которым понимается место, где индивид обычно проживает вместе со своей

семьей. Однако формулировка вопросов позволяет отвечать на них и людям, проживающим отдельно от семьи, таким как беженцы, или тем, местом проживания которых в настоящее время являются какие-либо учреждения. Обычно трудно формулировать вопросы таким образом, чтобы это позволило бездомным лицам дать на них осмысленный ответ.

F18. Финансовые ресурсы

«Финансовые ресурсы» исследуют точку зрения индивида на то, каковы его финансовые ресурсы (или другие источники обмена) и степень, в которой они удовлетворяют потребности в здоровом и комфортабельном стиле жизни. Вопросы фокусируются на том, может или нет индивид приобретать то, что оказывает влияние на качество его жизни. Вопросы включают чувство удовлетворенности/неудовлетворенности индивида тем, что его доходы позволяют ему приобретать. Вопросы включают чувство зависимости/независимости, которое доставляют ему его финансовые ресурсы (или другие источники дохода), и ощущение, хватает ли ему того, что он имеет. Оценка производится вне зависимости от состояния здоровья индивида и того, работает он или нет. Известно, что оценка человеком своих ресурсов как «достаточных», «удовлетворяющих потребности» и т. д. может весьма варьировать, и вопросы сформулированы таким способом, чтобы оказаться чувствительными к этим вариациям.

F19. Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)

«Медицинская и социальная помощь» (доступность и качество) исследует точку зрения индивида на медицинскую и социальную помощь в его ближайших окрестностях. «В ближайших означает то время, которое ему необходимо затратить на ее получение. Вопросы включают то, как человек воспринимает доступность этих служб, а также качество и полноту той помощи (заботы), которую он получа-

ет или ожидает получить, если она ему потребуется. Вопросы включают добровольную общественную поддержку (религиозное милосердие, храмы и т. д.), которая может дополнять иные службы или же являться единственной в данном месте доступной индивиду системой охраны здоровья. Вопросы включают то, насколько легко или трудно добраться до местных медицинских или социальных служб или доставить туда своих друзей или родственников. Внимание сосредоточено на точке зрения индивида на медицинские и социальные службы. Вопросы не касаются тех аспектов службы здоровья, которые имеют мало значения для индивида, отвечающего на вопросы, или имеют мало отношения к нему.

F20. Возможности для приобретения новой информации и навыков

«Возможности для приобретения новой информации и навыков» исследуют желание и возможность индивида обучаться новым навыкам, приобретать новые знания и получать информацию о происходящем вокруг. Эти возможности могут предоставляться ему благодаря формальным образовательным программам, классам для образования взрослых или благодаря занятиям в свободное время, как в группах, так и индивидуально (например чтение). Сюда включается приобретение информации и новостей относительно того, что происходит вокруг, что для одних людей может означать нечто более широкое («мировые новости»), а для других быть более ограниченным (деревенские сплетни). Независимо от этого, чувство осведомленности о происходящем вокруг является важным для многих людей и потому включено в данную субсферу. Вопросы фокусируются на возможностях человека удовлетворить потребность в информации и знаниях, касается ли это получения знаний в образовательном смысле или же подразумевает местные, национальные и мировые новости, если это каким-то образом влияет на качество жизни

человека. Вопросы сформулированы так, чтобы давать возможность охватить эти различные аспекты приобретения новой информации и навыков, начиная от мировых новостей и местных сплетен и кончая формальными образовательными программами и профессиональным обучением. Предполагается, что респонденты будут интерпретировать вопросы так, чтобы они имели смысл лично для них и относились к их собственной позиции в жизни.

F21. Возможности для отдыха и развлечений и их использование

«Возможности для отдыха и развлечений и их использование» исследуют способности, возможности и склонность индивида принимать участие в проведении досуга, развлечений и отдыхе. Вопросы охватывают все формы свободного времяпрепровождения, отдыха и восстановления сил, включая такие, как встречи с друзьями, занятия спортом, чтение, просмотр телепередач или же проведение времени вместе с семьей, ничегонеделание. Вопросы фокусируются на трех аспектах: способности индивида отдыхать, наличии у него возможностей для этого и на удовольствии, получаемом от отдыха.

F22. Окружающая среда вокруг

«Окружающая среда вокруг» исследует то, как индивид воспринимает окружающую среду. Это включает шум, загрязнение, климат и общие эстетические характеристики окружающей среды – влияют ли они на качество жизни, улучшая или ухудшая его. В некоторых культурах определенные аспекты окружающей среды могут иметь совершенно особенное отношение к качеству жизни, как, например, центральная роль доступности воды, загрязненности воздуха или опасности природных катаклизмов. Эта сфера не включает в себя такие аспекты, как качество домашней среды и транспортное обеспечение, так как они охвачены другими разделами.

F23. Транспорт

«Транспорт» исследует мнение индивида о том, насколько ему доступно и легко найти и использовать для передвижения транспортные службы. Вопросы включают любые доступные индивиду транспортные средства (велосипед, автомобиль, автобус и т.д.). Вопросы фокусируются на том, в какой степени доступный индивиду транспорт позволяет ему выполнять необходимые ежедневные дела, а также дает возможность (свободу) заниматься теми видами деятельности, которые он сам выбирает. Вопросы не касаются вида используемого транспорта, а также всего относящегося к непосредственному передвижению по дому и вокруг него. Личная подвижность индивида также исключена, как представленная в другом разделе (подвижность).

VI. Духовная сфера

F24. Духовность/религия/личные убеждения

«Духовность/религия/личные убеждения» исследует личные убеждения людей и то, как они влияют на качество их жизни. Они могут помогать индивиду справляться с трудностями в своей жизни, структурируя его опыт, давая определенные ответы на духовные и личностные вопросы, а также в более общем смысле обеспечивая человеку некое чувство благополучия. Субсфера адресована людям, исповедующим различные религии (буддизм, христианство, иудаизм, ислам и т. д.), а также людям, обладающим своими личными духовными верованиями, не укладывающимися в рамки какой-либо определенной религиозной ориентации. Для многих людей религия, личные убеждения и духовность являются источниками чувства комфорта, благополучия, безопасности, осмысленности, принадлежности к некой общности, целеустремленности и силы. Однако некоторые люди чувствуют, что религия оказывает на их жизнь негативное влияние. Вопросы составлены так, чтобы позволить выявить и этот аспект субсферы.

Бланк опросника ВОЗКЖ-26 (краткая версия)

Инструкция: Следующие вопросы касаются Вашей точки зрения на качество жизни, на состояние здоровья и другие сферы Вашей жизни. Пожалуйста, выберите ответ, который покажется наиболее подходящим (поставьте галочку в соответствующем столбце). Если вы не уверены, как ответить на вопрос, первый ответ, который придет Вам в голову, часто бывает наилучшим. Пожалуйста, помните о своих стандартах, надеждах, развлечениях и интересах. Мы спрашиваем о том, какой Вы считаете свою жизнь в течение последних четырех недель.

Q	Очень плохо	Плохо	Ни плохо, ни хорошо	Хорошо	Очень хорошо
1. Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?					

Q	Очень не удовлетворен	Не удовлетворен	Ни то, ни другое	Удовлетворен	Очень удовлетворен
2. Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?					

В ответах на следующие вопросы укажите, в какой степени Вы испытывали определенные состояния в течение последних четырех недель.

Q	Вовсе нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезмерно
1	2	3	4	5	6
3. По Вашему мнению, в какой степени физические боли мешают Вам выполнять свои обязанности?					

1	2	3	4	5	6
4. В какой степени Вы нуждаетесь в какой-либо медицинской помощи для нормального функционирования в своей повседневной жизни?					
5. Насколько Вы довольны своей жизнью?					
6. Насколько, по Вашему мнению, Ваша жизнь наполнена смыслом?					
7. Насколько хорошо Вы можете концентрировать внимание?					
8. Насколько безопасно Вы чувствуете себя в повседневной жизни?					
9. Насколько здоровой является физическая среда вокруг Вас?					
10. Достаточно ли у Вас энергии для повседневной жизни?					
11. Способны ли Вы смириться со своим внешним видом?					
12. Достаточно ли у Вас денег для удовлетворения Ваших потребностей?					
13. Насколько доступна для Вас информация, необходимая в Вашей повседневной жизни?					
14. В какой мере у Вас есть возможности для отдыха и развлечений?					

В следующих вопросах речь идет о том, насколько полно Вы ощущали или были в состоянии выполнять определенные функции в течение последних четырех недель.

Q	Очень плохо	Плохо	Ни плохо, ни хорошо	Хорошо	Очень хорошо
15. Насколько легко Вы можете добраться до нужных Вам мест?					
16. Насколько Вы удовлетворены своим сном?					
17. Насколько Вы удовлетворены способностью выполнять свои повседневные обязанности?					
18. Насколько Вы удовлетворены своей трудоспособностью?					
19. Насколько Вы довольны собой?					
20. Насколько Вы удовлетворены личными взаимоотношениями?					
21. Насколько Вы удовлетворены своей сексуальной жизнью?					
22. Насколько Вы удовлетворены поддержкой, которую Вы получаете от своих друзей?					
23. Насколько Вы удовлетворены условиями в месте Вашего проживания?					
24. Насколько Вы удовлетворены доступностью медицинского обслуживания для Вас?					
25. Насколько Вы удовлетворены транспортом, которым Вы пользуетесь?					

Следующие вопросы касаются того, насколько часто Вы ощущали или переживали определенные состояния в течение последних четырех недель.

Q	Никогда	Изредка	Довольно часто	Очень часто	Всегда
26. Как часто у Вас были отрицательные переживания, например, плохое настроение, отчаяние, тревога, депрессия?					

Обработка краткой версии

Физическое и психологическое благополучие: $(6 - Q3) + (6 - Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$

Самовосприятие: $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6 - Q26)$

Микросоциальная поддержка: $Q20 + Q21 + Q22$

Социальное благополучие: $Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$

Отдельно оценивается мнение респондента относительно качества своей жизни и состояния здоровья (Q1, Q2).

Методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса

Методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса (шкала жалоб BFB, К. Hock, Н. Hess, 1975 г.) изначально разрабатывалась как опросник скрининга невроза, используемый в целях предварительной доврачебной диагностики, а также для эпидемиологических обследований массового характера.

При создании методики авторы исходили из того, что жалобы больных неврозом носят специфический характер, и в них, в отличие от больных с органической соматической патологией, преобладают указания на вегетативные расстройства и жалобы психического характера. Оригинальный вари-

ант методики включает перечень 63 симптомов невроза. Обследуемому дается лист с перечнем соматических (нарушения зрения, двоение в глазах, приступы астмы, тахикардия, жалобы на работу сердца и органов дыхания, дрожание рук и т. п.) и психических (нарушения речи, заикание, трудности контакта, апатичность, страх оставаться одному и т. п.) жалоб.

Ответы испытуемых интерпретируются по количественным показателям с учетом пола, а для женщин и возраста. Имеются три интерпретационных градации результатов: «норма», «предположительная диагностика невроза», «невроз». Помимо диагностики возможного невротического состояния, вычисляется также индекс эмоциональности, который может указывать на преобладание психосоматических или психоневротических расстройств. Этому показателю авторы придают значение в выборе методик психотерапии. Анализ характерных для обследуемого жалоб производится с учетом следующих факторов: чрезмерная вегетативная возбудимость (симпатикотония), апатичность, фобии, ваготония, астения, сверхчувствительность, нарушения сенсомоторики, шизоидные реакции, страхи.

Методика стандартизирована для взрослых лиц (в возрасте от 16 до 60 лет). Опросник крайне прост, длительность обследования с его помощью составляет 5-10 мин, подсчет «сырых» баллов производится с помощью ключа, затем «сырые» оценки переводятся с помощью специальной шкалы в стандартные.

Оригинальный вариант методики обычно используется в медицине. В практической психодиагностике (например, в сфере индивидуального консультирования) используется упрощенный вариант методики, который и представлен в данном практикуме. Опросник состоит из 40 утверждений, на которые обследуемый должен ответить «да» или «нет». При обработке результатов подсчитывается количе-

ство утвердительных ответов, и если сумма полученных баллов больше 24, это позволяет сделать предположение о наличии выраженного невроза у обследуемого.

Инструкция: Вам представлен перечень утверждений. На каждое утверждение ответьте «да», если Вы с ним согласны (считаете его верным по отношению к себе), или «нет», если Вы с ним не согласны.

Текст опросника

1. Я чувствую, что внутренне напряжен(а).
2. Я часто так сильно во что-то погружен(а), что не могу заснуть.
3. Я чувствую себя легко ранимым(ой).
4. Мне трудно заговорить с незнакомыми людьми.
5. У меня часто без особых причин возникает чувство безучастности и усталости.
6. У меня часто возникает чувство, что люди меня критически рассматривают.
7. Меня часто преследуют бесполезные мысли, которые не выходят из головы, хотя я стараюсь от них избавиться.
8. Я довольно нервный(ая).
9. Мне кажется, что меня никто не понимает.
10. Я довольно раздражительный(ая).
11. Если бы против меня не были настроены, мои дела шли бы более успешно.
12. Я слишком близко и надолго принимаю к сердцу неприятности.
13. Даже мысль о возможной неудаче меня волнует.
14. У меня были очень странные и необычные переживания.
15. Мне бывает то радостно, то грустно без видимых причин.
16. В течение всего дня я мечтаю и фантазирую больше, чем нужно.

17. Мое настроение легко меняется.
18. Я часто борюсь с собой, чтобы не показать свою застенчивость.
19. Я хотел(а) бы быть таким же счастливым(ой), какими кажутся другие люди.
20. Иногда я дрожу или испытываю приступы озноба.
21. Мое настроение часто меняется в зависимости от серьезной причины или без нее.
22. Я иногда испытываю чувство страха даже при отсутствии реальной опасности.
23. Критика или выговор меня очень ранят.
24. Временами я бываю так беспокоен(йна), что даже не могу усидеть на одном месте.
25. Я иногда слишком сильно беспокоюсь из-за незначительных вещей.
26. Я часто испытываю недовольство.
27. Мне трудно сконцентрироваться при выполнении какого-либо задания или работы.
28. Я делаю много такого, в чем приходится раскаиваться.
29. Большею частью я несчастлив(а).
30. Я недостаточно уверен(а) в себе.
31. Иногда я кажусь себе действительно никчемным(ой).
32. Часто я чувствую себя просто скверно.
33. Я много копаюсь в себе.
34. Я страдаю от чувства неполноценности.
35. Иногда у меня все болит.
36. У меня бывает гнетущее состояние.
37. У меня что-то с нервами.
38. Мне трудно поддерживать разговор при знакомстве.
39. Самая тяжелая борьба для меня – это борьба с самим(ой) собой.
40. Я иногда чувствую, что трудности велики и непреодолимы.

Обработка и интерпретация данных

Подсчитывается количество утвердительных ответов: если получено более 24 баллов – это говорит о высокой вероятности невроза. В целом методика дает лишь предварительную и обобщенную информацию. Окончательные выводы можно делать лишь после более тщательного медицинского и психодиагностического обследования.

МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

*Культурно-независимый тест интеллекта Дж. Кеттелла (GFT).
Личностный опросник PEN. Характерологический опросник
К. Леонгарда. Опросник «Мини-мульт». Опросник
Плутчика – Келлермана – Конте. Методика дифференциальной
диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова.
Методика дифференциальной диагностики депрессивных
состояний В. Зунге. Опросник ОП. Опросник «ДАП-П».
[7; 10; 18; 19; 20; 30; 31]*

Представленные в данном разделе диагностические методики позволяют рассуждать о здоровье в рамках категории «нормы» (возрастных и социокультурных норм психического развития, на которые традиционно опирается современная психодиагностика). Психически здоровая личность – это личность, не имеющая отклонений когнитивной деятельности, а также личностных и эмоциональных нарушений и расстройств и поведенческих нарушений. Таким образом, в данном разделе собраны методики, позволяющие диагностировать:

- уровень когнитивного развития (природных, биологически обусловленных способностей), что позволяет говорить об умственном здоровье обследуемого человека;
- наличие или отсутствие личностных патологических черт, акцентуаций, что позволяет судить об уровне личностного здоровья и благополучия;
- наличие или отсутствие эмоциональных расстройств;
- наличие или отсутствие склонности к разным формам

отклоняющегося поведения (девиантного, делинквентного, аддиктивного, суицидального и др.), на основании чего можно сделать заключение о социальном здоровье и благополучии человека.

Культурно-независимый тест интеллекта Дж. Кеттелла (GFT)

«Культурно-независимый тест интеллекта» Дж. Кеттелла впервые был издан в 1949 году Институтом личностного тестирования и тестирования способностей и затем неоднократно переиздавался. Тест прошел проверку на валидность и надежность, стандартизирован в США, Англии, Германии, Чехословакии и Болгарии. Целью данного *невербального теста интеллекта* является определение интегрального показателя *уровня интеллектуального развития* испытуемого (IQ невербальный). В основу теста легла двухфакторная модель интеллекта Дж. Кеттелла, который внутри фактора G (генерального фактора, общей способности человека к постижению связей и закономерностей окружающего мира) выделял интеллект текучий (природные, биологически обусловленные способности) и кристаллизованный (способности, приобретенные в процессе социализации). Согласно концепции автора именно невербальные тесты измеряют текучий интеллект.

Валидность теста проверялась на основе факторного анализа (конструктивная валидность). Была показана большая насыщенность теста общим фактором интеллекта «G». Полученные коэффициенты корреляции колеблются в пределах от 0,78 до 0,83. Проверка валидности по содержанию дала высокие корреляции с тестом интеллекта Стенфорд-Бине (0,85) и с общим интеллектом теста Векслера (0,84).

Надежность проверялась методом ретестирования и оценки гомогенности задач теста (по каждой серии). Для выборки 450 учащихся в США был получен коэффициент

0,85, а для выборки лиц с высшим образованием – 0,82. Средний коэффициент гомогенности для различных выборок колебался в пределах 0,71-0,91.

Существует три варианта теста:

– GFT 1 – для исследования детей с 4-х до 8-ми лет, а также диагностики задержек психического развития.

– GFT 2 – для диагностики «нормальной» выборки с 8-ми до 60-ти лет.

– GFT 3 – для исследования одаренных лиц.

Представленная в данном пособии шкала GFT 2 состоит из двух частей, каждая из которых содержит по четыре субтеста:

I субтест – «дополнение» – содержит 12 заданий возрастающей сложности. В каждом задании слева расположены 3 фигуры в определенной логической последовательности (последовательные изменения пространственного расположения, размера, количества и т.д.). Проанализировав логику изменений, необходимо из 4-5 фигур, расположенных справа, выбрать ту, которая соответствует обнаруженной закономерности и может продолжить логическую последовательность 3-х фигур, расположенных слева.

На решение задач в первой части отводится 4 минуты, во второй части – 3 минуты.

II субтест – «классификация» – содержит 14 заданий возрастающей сложности. Каждое задание содержит ряд из 5-и фигур, в котором 4 фигуры всегда объединены каким-либо общим признаком. В каждом ряду необходимо найти единственную фигуру, отличающуюся от всех остальных. Общими для четырех фигур признаками являются форма, количество, окраска, пространственное отношение между элементами фигур.

На решение заданий в первой части отводится 4 минуты, во второй части – 3 минуты.

III субтест – «матрица» – состоит из 12 заданий возрастающей сложности. Логикой решения эти задания похожи на задания I субтеста. Необходимо обнаружить закономерность, согласно которой объединены 3 фигуры в матрице слева, и среди 5-и вариантов ответов, расположенных справа, найти единственную фигуру, которая может завершить данную в задании закономерность, т. е. правильно дополнить матрицу. Специфика этого субтеста состоит в комплексном анализе признаков (анализ матрицы по горизонтали, вертикали и диагонали). Признаки, которые лежат в основе построения заданий данного субтеста, – это пространственное расположение, форма, размер, количество, окрашенность и комбинации данных признаков.

На решение заданий в первой части отводится 3 минуты, во второй части – 3 минуты.

IV субтест – «типология» – состоит из 8-и заданий возрастающей сложности. В каждом задании слева расположена сложная фигура-эталон, состоящая из простых геометрических фигур. Внутри сложной фигуры-эталона стоит точка. Необходимо проанализировать положение точки по отношению к отдельным геометрическим фигурам, составляющим сложную фигуру-эталон. Затем среди пяти сложных фигур, расположенных справа, надо найти ту, в которой точка может занять точно такое же положение, как в сложной фигуре-эталоне.

На решение заданий в первой части отводится 3 минуты, во второй части – 3 минуты.

	Субтест I	Субтест II	Субтест III	Субтест IV
1 часть	4	4	3	3
2 часть	3	3	3	3

Существуют две параллельные формы теста – А и В. В данном практикуме представлена форма А.

Перед началом тестирования испытуемому выдается ответный бланк и тестовая тетрадь. Психолог просит испытуемого открыть первую страницу тестовой тетради и начать знакомство с общей инструкцией к тесту. После того как психолог убедился, что инструкция понята испытуемым правильно, дается команда «перевернуть страницу», и начинается работа над субтестами первой части теста.

Каждый субтест начинается с 2-3-х «пробных» заданий или примеров, которые позволяют испытуемому овладеть логикой выполнения заданий. При этом правильный ответ указывается только в первом примере (он уже вычеркнут на ответном бланке). Оставшиеся примеры испытуемый решает самостоятельно и вычеркивает буквы, соответствующие правильным ответам в ответном бланке. Психолог проверяет правильность решения оставшихся примеров и совместно с испытуемым исправляет ошибки.

Ответный бланк состоит из 2-х частей, соответствующих двум частям теста. Каждая часть ответного бланка содержит 4 колонки, соответствующие четырем субтестам. Количество строк в колонке отражает количество заданий в каждом субтесте.

После выполнения всех «пробных» заданий психолог дает команду: «Перевернули страницу, начали», – и засекает время по секундомеру. По команде «Стоп» испытуемый заканчивает работу над субтестом.

Между первой и второй частями теста можно сделать небольшой перерыв. Вторая часть теста начинается с повторения основных моментов общей инструкции. Каждый субтест по-прежнему начинается с 2-3-х «пробных» заданий или примеров. Правильный ответ указывается только для первого примера. Оставшиеся примеры испытуемый решает самостоятельно, психолог проверяет правильность решения. В отличие от первой части теста, никаких вербальных пояснений

к «пробным» заданиям не приводится. Работа над основными заданиями начинается по команде «перевернули страницу, начали», заканчивается по команде «стоп». Буквы, соответствующие правильным решениям, вычеркиваются на второй части ответного бланка.

Ответные бланки с результатами испытуемого обрабатываются с помощью ключей. За каждый правильный ответ испытуемому начисляется один балл. Сумма «сырых» баллов подсчитывается отдельно по первой и второй части теста, а также по первой и второй частям теста вместе. Суммы «сырых» баллов заносятся в первую итоговую таблицу ответного бланка. «Сырые» баллы переводятся в шкальные IQ-баллы и проценты с помощью нормативных таблиц. Номер таблицы перевода зависит от возраста испытуемого (количество полных лет и полных месяцев на момент тестирования), указанного над каждой таблицей. Полученные результаты графически отражаются во второй итоговой таблице.

Возможно индивидуальное и групповое проведение теста. При групповом проведении каждый испытуемый должен иметь тестовую тетрадь и ответный бланк. Испытуемым, сидящим рядом, рекомендуется предлагать разные формы тестовых тетрадей (А и В). Также следует использовать параллельные формы при ретестировании с небольшим интервалом.

Шкала процентилей является существенным плюсом методики, т.к. отражает процентную долю индивидов из выборки стандартизации, результаты которых ниже показателя IQ данного испытуемого. Эти показатели позволяют исследователю ориентироваться в полученных результатах и с точки зрения соответствия возрастным нормам, и с точки зрения соотношения с традиционными тестами измерения интеллекта. Динамика результатов от первой ко второй части теста дает представление об обучаемости испытуемого.

Форма «А».

Часть первая

Инструкция: Этот тест состоит из двух частей, построенных аналогичным образом. Каждая часть содержит графические задания, которые разбиты на четыре группы (четыре субтеста) по 8-14 заданий в каждой.

В каждом субтесте задания расположены в порядке нарастания сложности. Возможно, Вам не удастся правильно решить все задания. Все равно, всегда старайтесь решить как можно больше. Если Вы не уверены в правильности своего решения, то лучше выбрать то решение, которое кажется наиболее вероятным, чем вообще не решить задание. Все задачи имеют только одно правильное решение.

Время решения каждого субтеста ограничено. Вы будете начинать и заканчивать работу точно по указанию экспериментатора. Если Вы закончите раньше времени, проверьте свои решения еще раз.

Все решения заносите в бланк ответов. Ничего не пишите и не делайте никаких пометок в этой тетради.

Ждите указаний для дальнейшей работы!

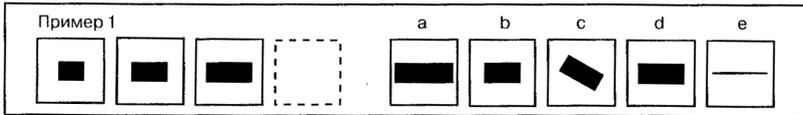
Не переворачивайте страницу без разрешения!

Субтест 1

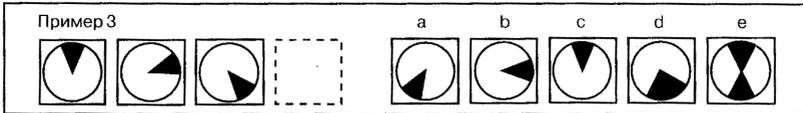
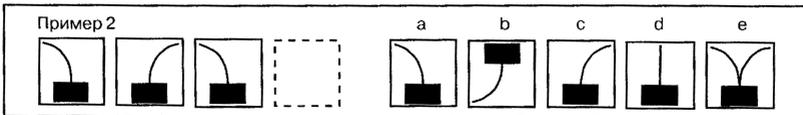
В каждом ряду необходимо выбрать из пяти фигур справа ту, которая наиболее подходит на место пустого квадрата, чтобы продолжить последовательность из трех фигур слева.

Вычеркивайте букву, соответствующую этой фигуре, на бланке ответов.

Примеры



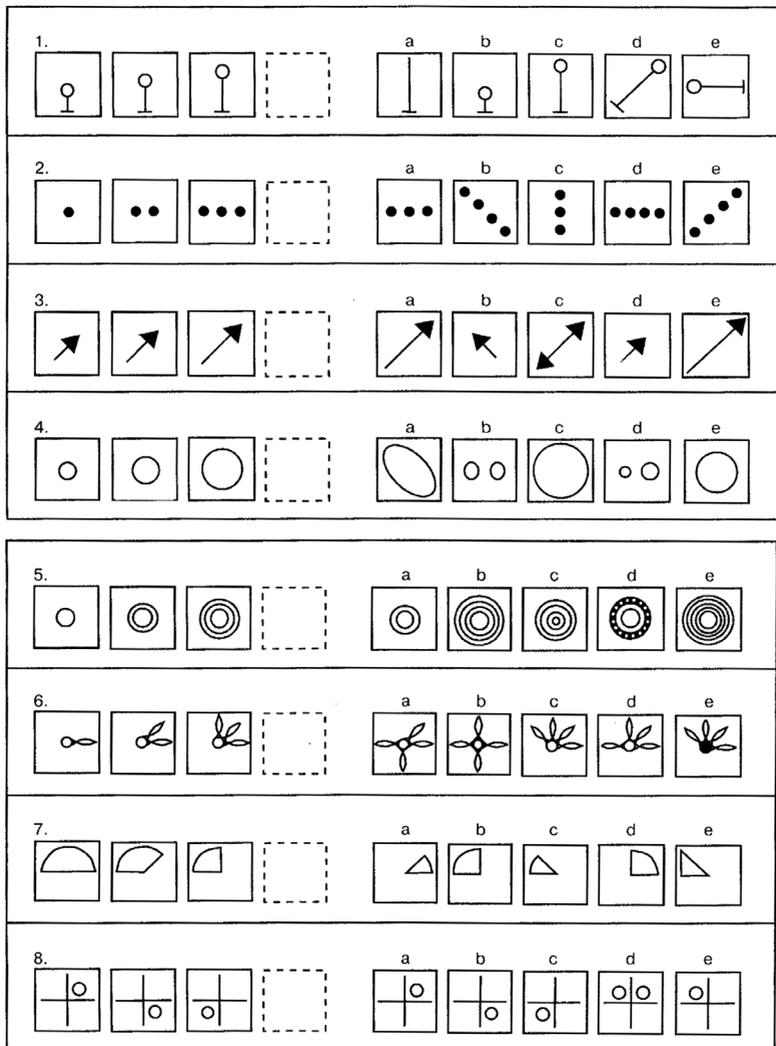
В первом примере правильное решение – «а». Оно уже вычеркнуто на бланке ответов. Решите самостоятельно два следующих примера. Вычеркните правильные решения на бланке ответов.

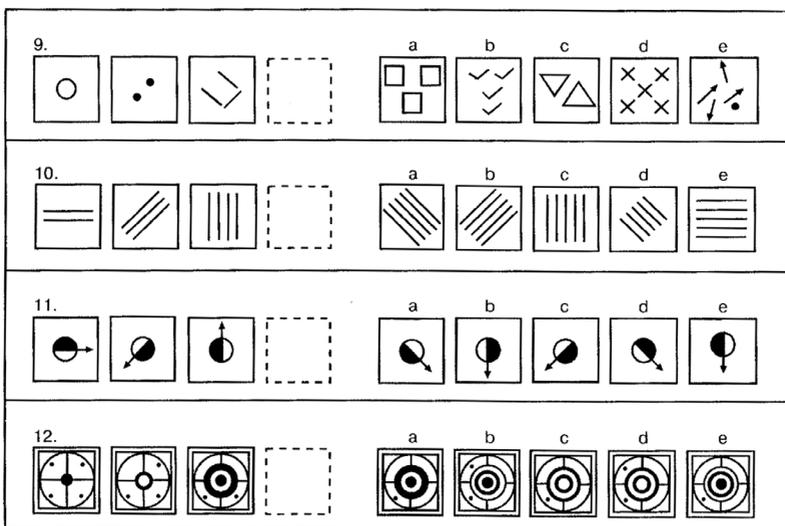


На трех следующих страницах Вам предстоит решить 12 заданий в соответствии с данными примерами.

Ждите указаний для дальнейшей работы!

Не переворачивайте страницу без разрешения!





Проверьте еще раз!

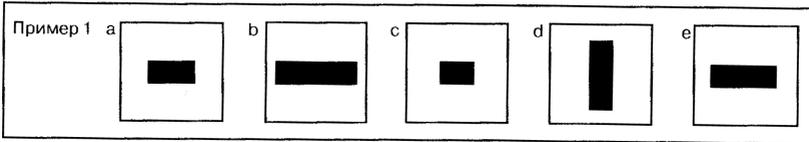
Ждите указаний для дальнейшей работы!

Субтест 2

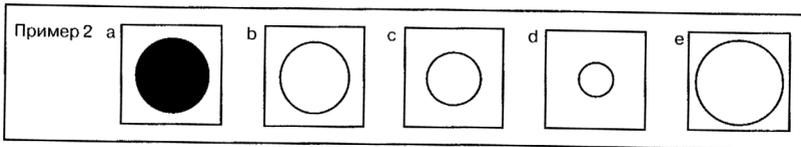
В каждом ряду из пяти фигур необходимо найти ту, которая отличается от четырех остальных, т. е. не подходит к ним.

Вычеркивайте букву, соответствующую этой фигуре, на бланке ответов.

Примеры



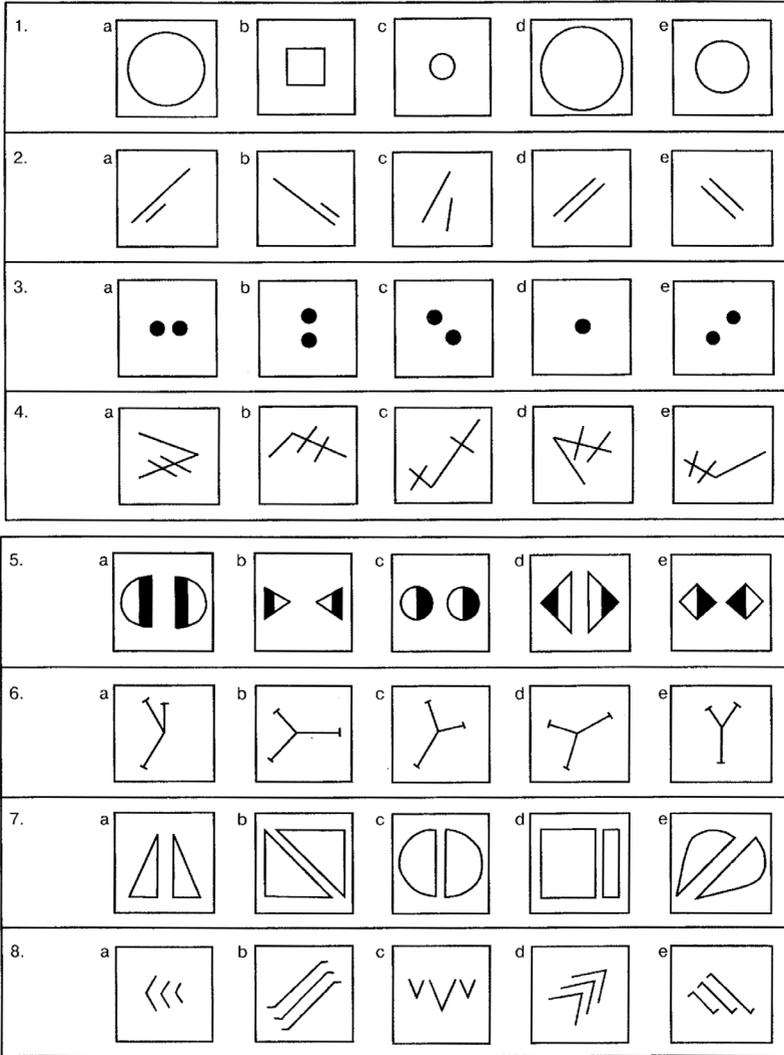
В первом примере правильное решение – «d». Оно уже вычеркнуто на бланке ответов. Решите самостоятельно следующий пример. Вычеркните правильные решения на бланке ответов.

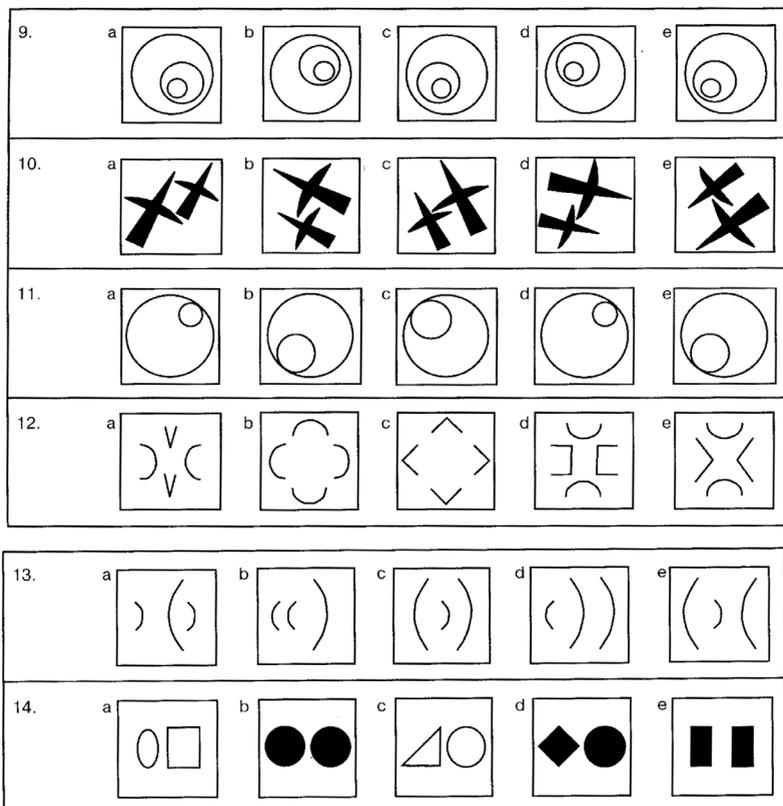


На четырех следующих страницах Вам предстоит решить 14 заданий в соответствии с данными примерами.

Ждите указаний для дальнейшей работы!

Не переворачивайте страницу без разрешения!





Проверьте еще раз!

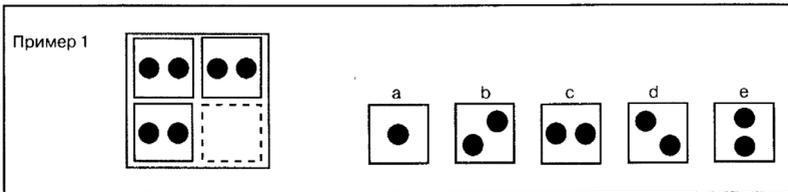
Ждите указаний для дальнейшей работы!

Субтест 3

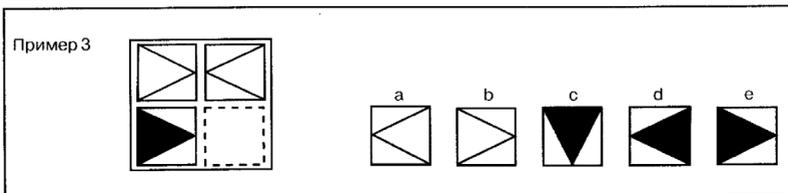
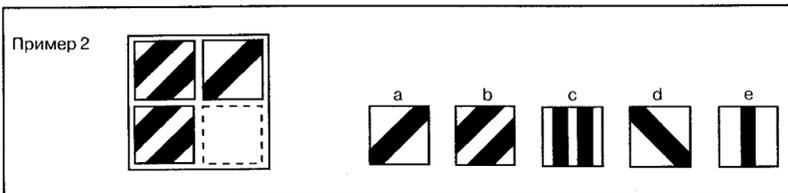
В каждом ряду необходимо выбрать из пяти фигур справа ту, которая наиболее подходит на место пустого квадрата, чтобы дополнить общий рисунок.

Вычеркивайте букву, соответствующую этой фигуре, на бланке ответов.

Примеры

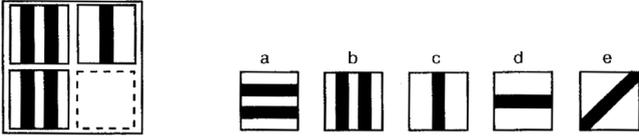


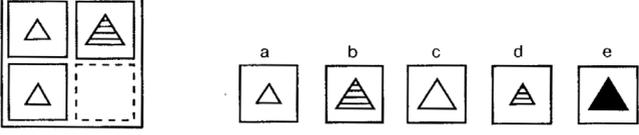
В первом примере правильное решение – «с». Оно уже вычеркнуто на бланке ответов. Решите самостоятельно два следующих примера. Вычеркните правильные решения на бланке ответов.

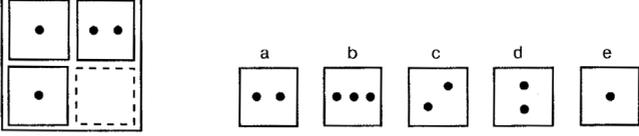


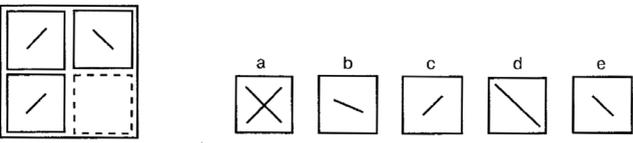
На четырех следующих страницах Вам предстоит решить 12 заданий в соответствии с данными примерами.

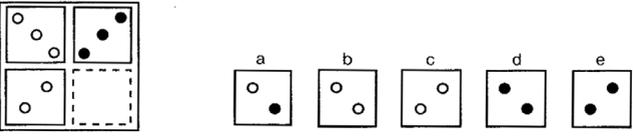
*Ждите указаний для дальнейшей работы!
Не переворачивайте страницу без разрешения!*

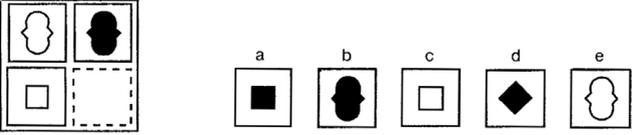
1. 

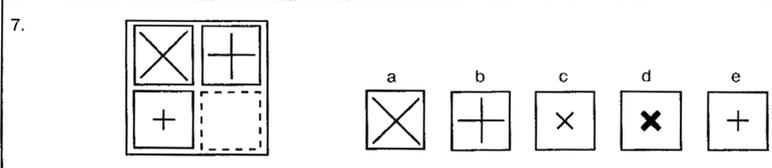
2. 

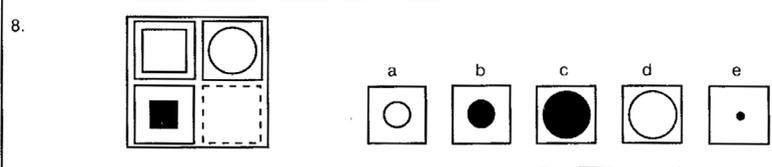
3. 

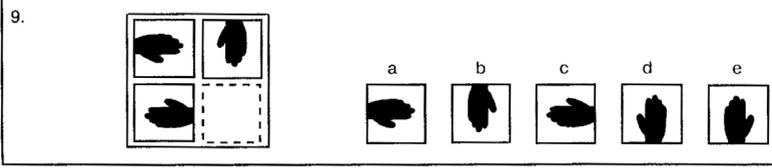
4. 

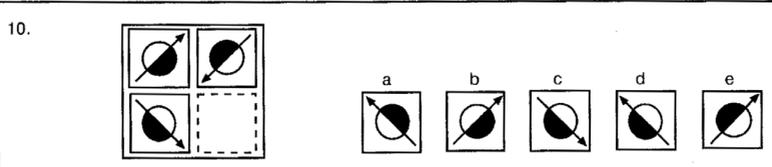
5. 

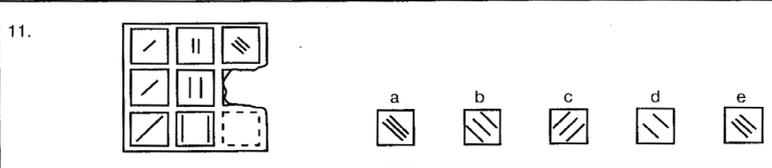
6. 

7. 

8. 

9. 

10. 

11. 

12. 

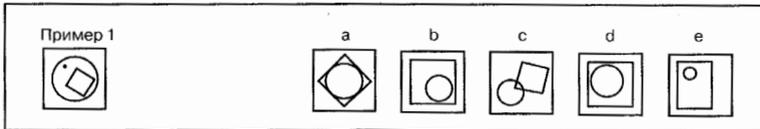
*Проверьте еще раз!
Ждите указаний для дальнейшей работы!*

Субтест 4

В каждом задании необходимо сначала проанализировать местоположение точки относительно геометрических фигур на рисунке слева. Затем из пяти рисунков, расположенных справа, надо выбрать тот, в котором можно расположить точку точно таким же образом.

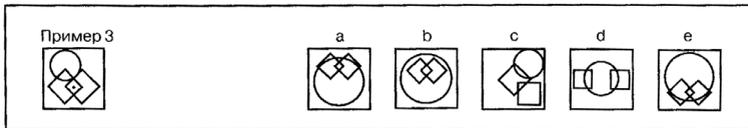
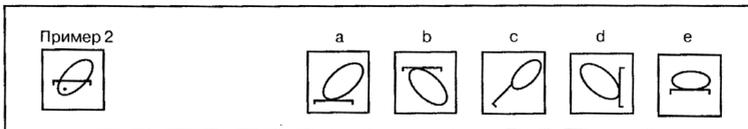
Вычеркивайте букву, соответствующую этому рисунку, на бланке ответов. Помните, что сами точки рисовать в этой тетради нельзя.

Примеры



В первом примере «с» – правильное решение, потому что только здесь можно поместить точку в круг таким образом, чтобы она оказалась вне прямоугольника. Поэтому на Вашем бланке ответов уже вычеркнута буква «с».

Решите самостоятельно два следующих примера. Вычеркните правильные решения на бланке ответов. Нельзя рисовать точки в этой тетради, необходимо вычеркивать правильные решения на бланке ответов.



Вам предстоит решить 8 заданий в соответствии с данными примерами.

*Ждите указаний для дальнейшей работы!
Не переворачивайте страницу без разрешения!*

1.		a		b		c		d		e	
2.		a		b		c		d		e	
3.		a		b		c		d		e	
4.		a		b		c		d		e	
5.		a		b		c		d		e	
6.		a		b		c		d		e	
7.		a		b		c		d		e	
8.		a		b		c		d		e	

Проверьте еще раз!

Ждите указаний для дальнейшей работы!

Форма «А».
Часть вторая

Инструкция: Вторая часть теста, как и первая, будет состоять из четырех субтестов.

В каждом субтесте задания расположены в порядке нарастания сложности. Ваша задача – решить как можно больше заданий за отведенное время. Каждое задание по-прежнему имеет только одно правильное решение.

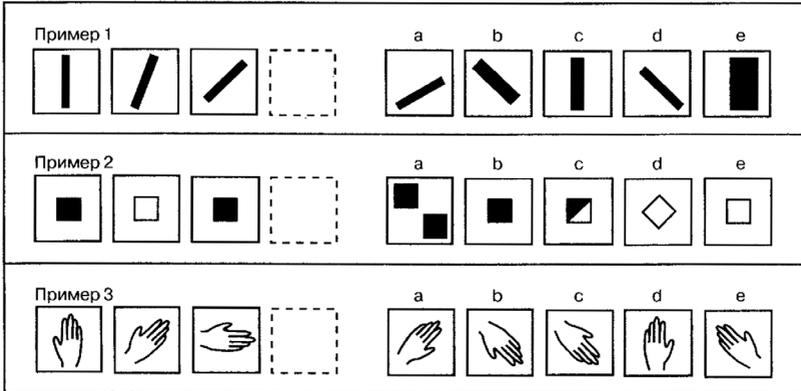
Все решения заносите во вторую часть бланка ответов. Ничего не пишите в этой тетради.

Ждите указаний для дальнейшей работы!

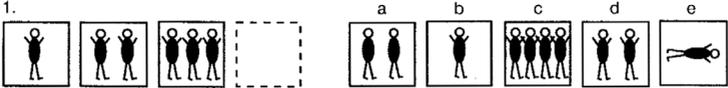
Не переворачивайте страницу без разрешения!

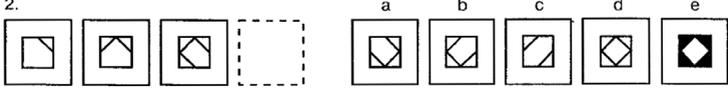
Субтест 1

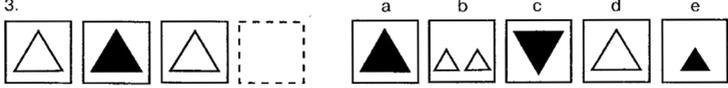
Примеры

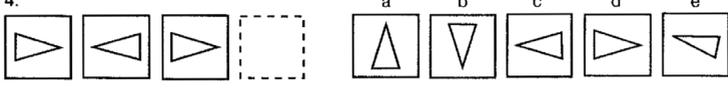


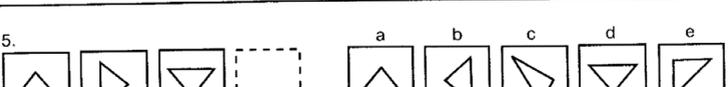
*Ждите указаний для дальнейшей работы!
Не переворачивайте страницу без разрешения!*

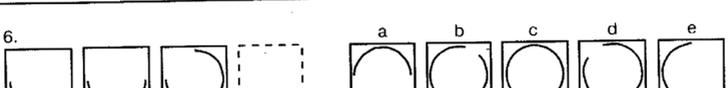
1. 

2. 

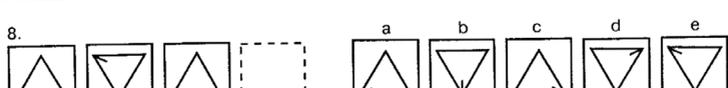
3. 

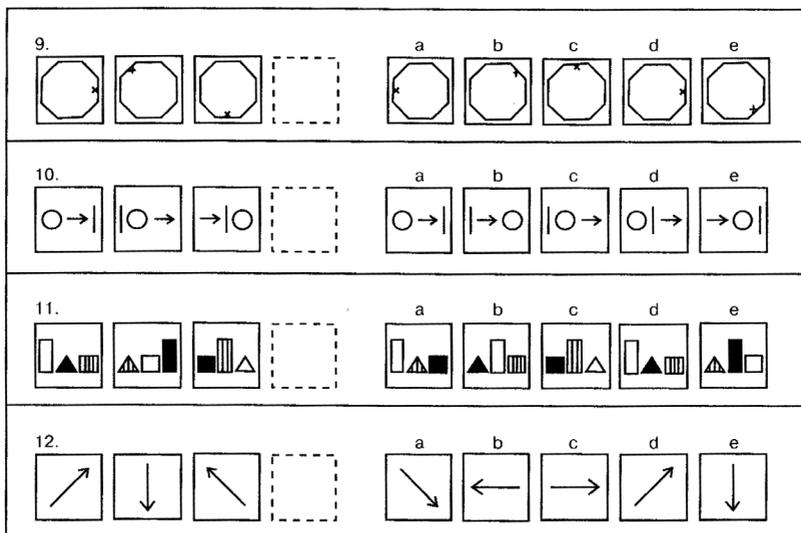
4. 

5. 

6. 

7. 

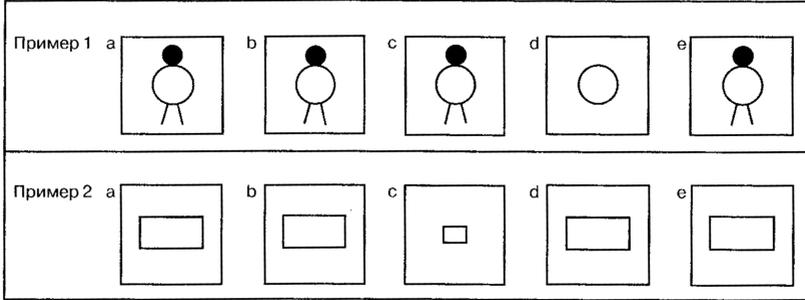
8. 



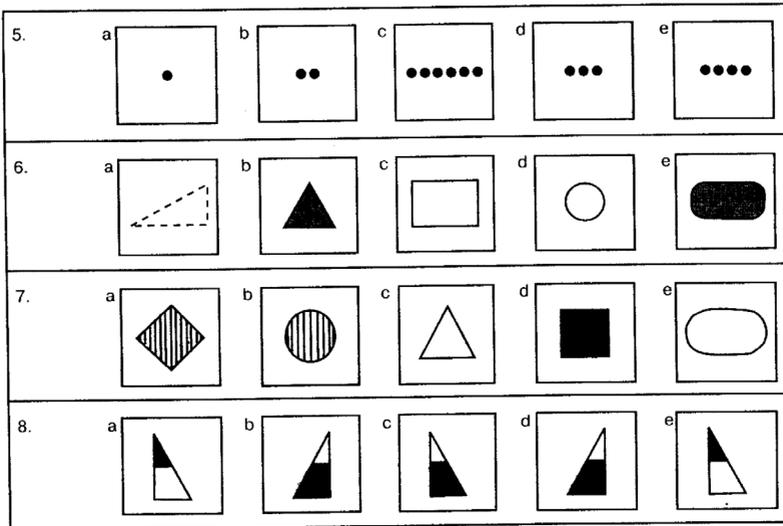
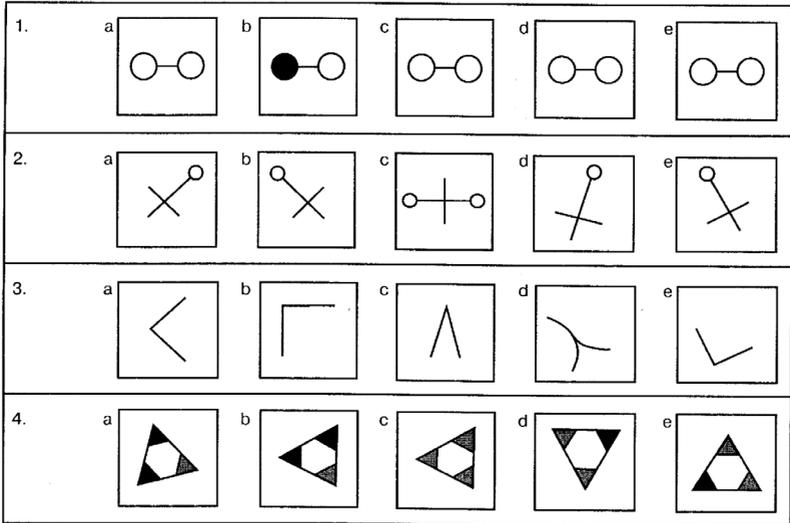
*Проверьте еще раз!
Ждите указаний для дальнейшей работы!*

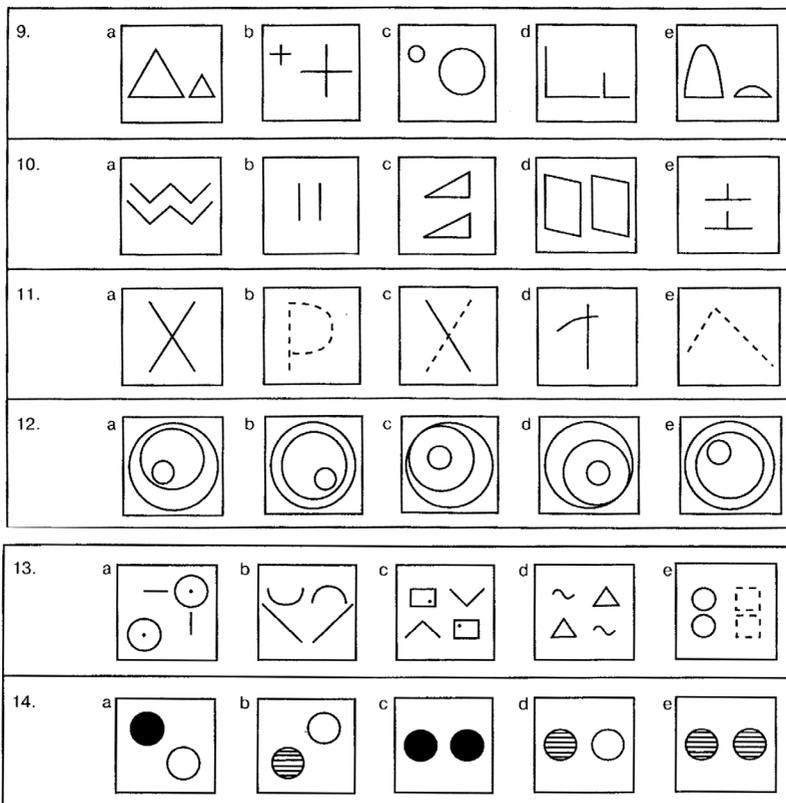
Субтест 2

Примеры



*Ждите указаний для дальнейшей работы!
Не переворачивайте страницу без разрешения!*





Проверьте еще раз!

Ждите указаний для дальнейшей работы!

Субтест 3

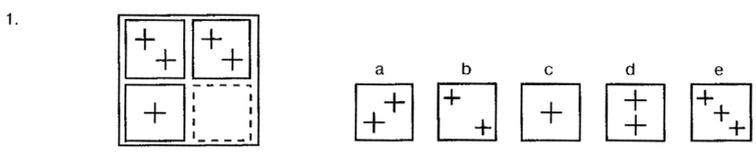
Примеры

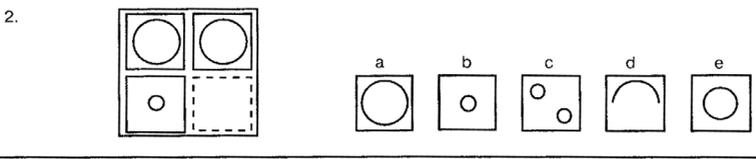
Пример 1

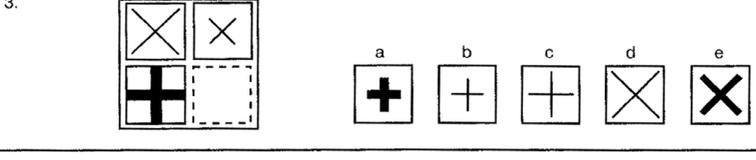
Пример 2

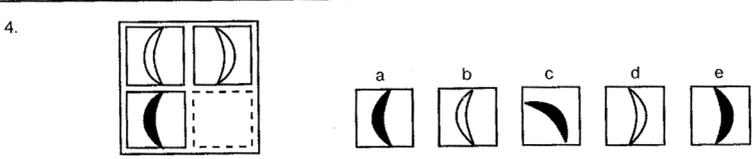
Пример 3

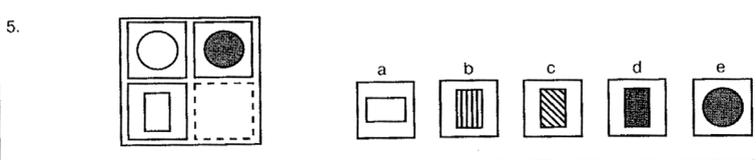
*Ждите указаний для дальнейшей работы!
Не переворачивайте страницу без разрешения!*

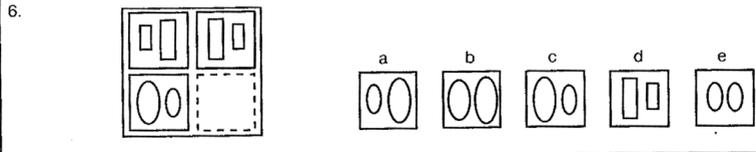
1. 

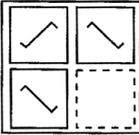
2. 

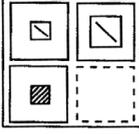
3. 

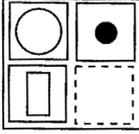
4. 

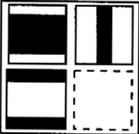
5. 

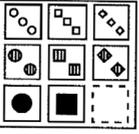
6. 

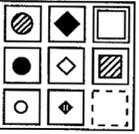
7.  a  b  c  d  e 

8.  a  b  c  d  e 

9.  a  b  c  d  e 

10.  a  b  c  d  e 

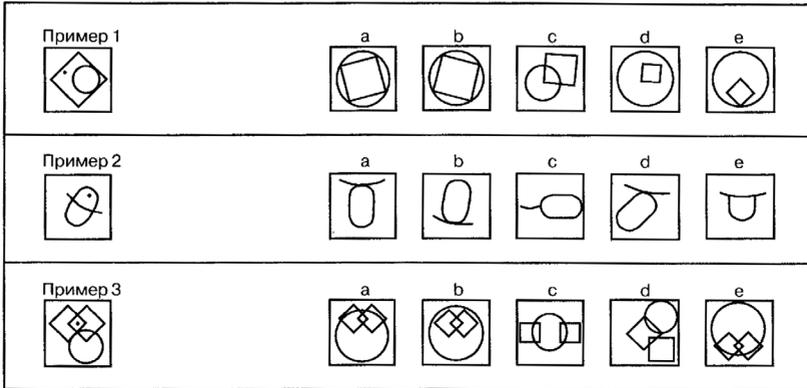
11.  a  b  c  d  e 

12.  a  b  c  d  e 

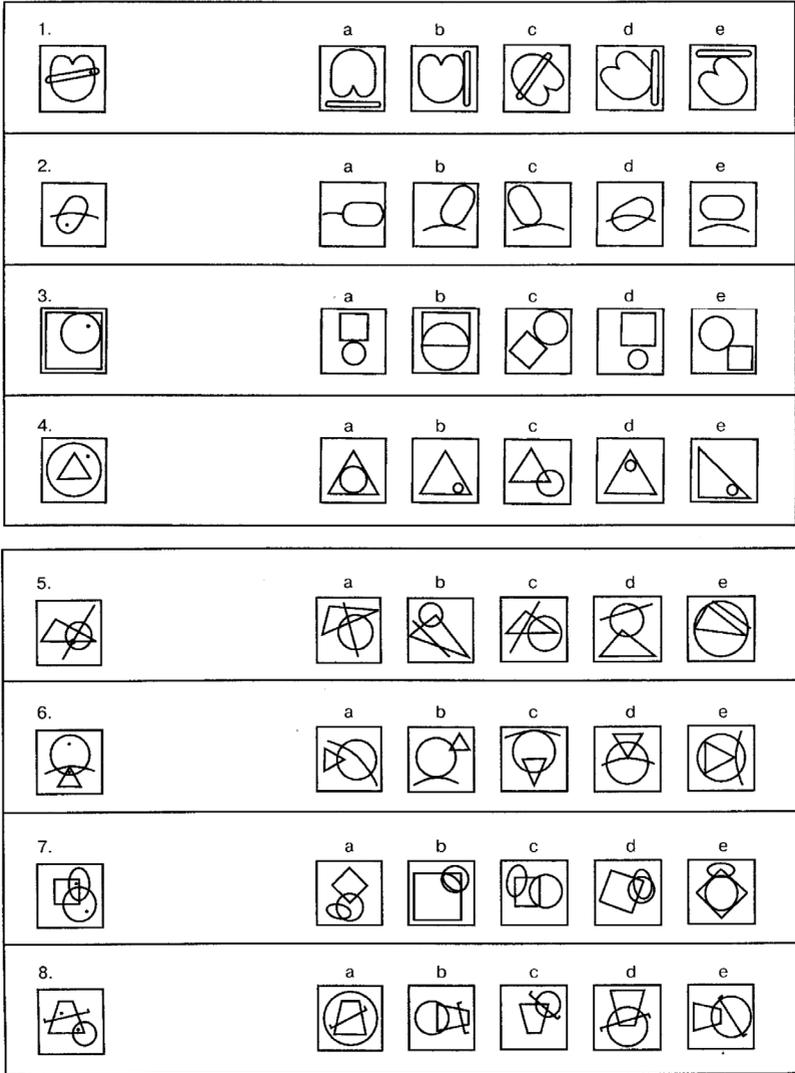
*Проверьте еще раз!
Ждите указаний для дальнейшей работы!*

Субтест 4

Примеры



*Ждите указаний для дальнейшей работы!
Не переворачивайте страницу без разрешения!*



Ключ к тесту (форма А)

Ответы в 1 и 2 части теста в ключе **совпадают** (одинаковы)!

№ задания	Субтест 1	Субтест 2	Субтест 3	Субтест 4
1.	с	б	с	с
2.	д	с	б	д
3.	а	д	а	б
4.	с	с	е	с
5.	б	с	д	а
6.	с	а	а	а
7.	с	д	с	с
8.	е	с	б	б
9.	б	е	е	
10.	а	а	а	
11.	д	с	б	
12.	с	а	б	
13.		с		
14.		д		

Ответный бланк к тесту Кеттелла

Ф. И. О _____

Пол _____, Дата рождения: _____

Дата обследования: _____

Букву, которая соответствует правильному, на Ваш взгляд решению, вычеркивайте так: ~~a~~/b c d e.

Если Вы зачеркнули не ту букву, то исправляйте так: ~~a~~

Часть 1

Субтест 1	Субтест 2	Субтест 3	Субтест 4
a b c d e	a b c d e	a b c d e	a b d e
a b c d e	a b c d e	a b c d e	a b c d e
a b c d e		a b c d e	a b c d e
1 a b c d e	1 a b c d e	1 a b c d e	1 a b c d e
2 a b c d e	2 a b c d e	2 a b c d e	2 a b c d e
3 a b c d e	3 a b c d e	3 a b c d e	3 a b c d e
4 a b c d e	4 a b c d e	4 a b c d e	4 a b c d e
5 a b c d e	5 a b c d e	5 a b c d e	5 a b c d e
6 a b c d e	6 a b c d e	6 a b c d e	6 a b c d e
7 a b c d e	7 a b c d e	7 a b c d e	7 a b c d e
8 a b c d e	8 a b c d e	8 a b c d e	8 a b c d e
9 a b c d e	9 a b c d e	9 a b c d e	
10 a b c d e	10 a b c d e	10 a b c d e	
11 a b c d e	11 a b c d e	11 a b c d e	
12 a b c d e	12 a b c d e	12 a b c d e	
	13 a b c d e		
	14 a b c d e		

Часть 2

Субтест 1	Субтест 2	Субтест 3	Субтест 4
а b c d e	а b c d e	а b c d e	а b c d e
а b c d e	а b c d e	а b c d e	а b c d e
а b c d e		а b c d e	а b c d e
1 а b c d e	1 а b c d e	1 а b c d e	1 а b c d e
2 а b c d e	2 а b c d e	2 а b c d e	2 а b c d e
3 а b c d e	3 а b c d e	3 а b c d e	3 а b c d e
4 а b c d e	4 а b c d e	4 а b c d e	4 а b c d e
5 а b c d e	5 а b c d e	5 а b c d e	5 а b c d e
6 а b c d e	6 а b c d e	6 а b c d e	6 а b c d e
7 а b c d e	7 а b c d e	7 а b c d e	7 а b c d e
8 а b c d e	8 а b c d e	8 а b c d e	8 а b c d e
9 а b c d e	9 а b c d e	9 а b c d e	
10 а b c d e	10 а b c d e	10 а b c d e	
11 а b c d e	11 а b c d e	11 а b c d e	
12 а b c d e	12 а b c d e	12 а b c d e	
	13 а b c d e		
	14 а b c d e		

Итоговая таблица

	Сумма баллов	IQ	Процентили
Часть 1			
Часть 2			
1 + 2			

Часть 1	55	70	85	100	115	130	145
Часть 2							
1 + 2							
IQ	55	70	85	100	115	130	145
Процентили	0	2	16	50	84	98	100

Существуют нормативные таблицы для определения шкальных оценок для разных возрастов, начиная с 8 лет 7 месяцев и до 19 лет включительно. Согласно разработчикам тест также действителен и для более старшего возраста (до 60 лет), но нормативных данных IQ для этих возрастных групп не представлено. В данном практикуме приведены нормативные таблицы для возрастной группы 15-19 лет.

Сумма баллов			Шкальные оценки	
1 часть	2 часть	1 часть + 2 часть	IQ	Процентили
6	9	20	53	0
7	—	21	54	0
8	10	22	55	0
—	—	23	56	0
9	11	24	57	0
—	—	25	58	0
10	12	26	59	0
—	—	27	60	0
11	13	28	61	0
—	—	29	62	1
12	14	30	63	1
—	—	31	64	1
13	15	32	65	1
—	—	33	66	1
14	16	34	67	1
—	—	35	68	2
15	17	36	69	2
—	—	37	70	2
16	18	38	71	3
—	—	39	72	3
17	19	40	73	3
—	—	41	74	4
18	20	42	75	4
—	—	43	76	5
19	21	44	77	6
—	—	45	78	7
20	22	46	79	8
—	—	47	80	9
21	23	48	81	10
—	—	49	82	12
22	24	50	83	13
—	—	51	84	14
23	25	52	85	16
—	—	53	86	17
24	26	54	87	18
—	—	55	88	21
25	27	56	89	24
26	—	—	90	26
—	28	57	91	27
27	—	58	92	30

Сумма баллов			Шкальные оценки	
1 часть	2 часть	1 часть + 2 часть	IQ	Процентили
—	29	—	93	31
28	—	59	94	34
—	30	60	95	36
29	—	61	96	38
30	31	62	98	42
—	—	63	99	46
31	32	—	100	50
—	—	64	101	54
32	33	65	102	58
33	—	66	104	62
—	34	—	105	64
—	—	67	106	66
34	—	68	107	69
—	35	69	108	73
35	—	70	110	76
—	36	71	112	79
36	—	—	113	81
—	—	72	114	82
—	37	—	115	84
37	—	73	116	86
—	—	74	118	88
38	38	—	119	90
—	—	75	120	92
—	—	76	122	93
39	39	—	123	94
—	—	77	124	95
—	—	78	126	96
40	40	—	127	96
—	—	79	128	97
—	—	80	130	98
41	41	—	131	98
—	—	81	132	99
—	—	82	134	99
42	42	—	135	99
—	—	83	136	100
43	43	84	139	100
44	44	85	143	100
—	—	86	146	100
45	45	—	147	100
—	—	87	149	100
46	46	—	151	100
—	—	88	152	100

Личностный опросник PEN

Цель: типологическая диагностика личности по показателям нейротизма, психотизма и экстраверсии.

Опросник разработан Гансом и Сибиллой Айзенк в 1969 г. на основе опросника EPQ (Eysenck Personality Questionnaire), включающего 90 вопросов. Коэффициенты ретестовой надежности в разных группах составляют 0,51-0,86 по шкале психотизма; 0,80-0,92 по шкале экстраверсии, 0,74-0,92 по шкале нейротизма; 0,61-0,90 по шкале достоверности. Опросник измеряют такие психические свойства, как нейропсихическая лабильность, экстраверсия и психотизм. Вторично можно вывести наличие таких черт личности, как эмоционально-волевая стабильность и классические типы темперамента (холерик, сангвиник, флегматик, меланхолик). Опросник показывает связь между этими четырьмя типами темпераментов и результатами факторно-аналитического описания личности. Опросник PEN содержит 101 вопрос, имеет четыре шкалы по 25 вопросов в каждой (экстраверсия, нейротизм, психотизм и специфическая шкала, предназначенная для оценки искренности испытуемого и его отношения к обследованию). Вопрос № 101 не учитывается при обработке.

Перед обследованием испытуемому выдается бланк для ответов и зачитывается инструкция. Испытуемые должны ответить на вопросы, используя варианты ответов «да» или «нет» (в бланке для ответов проставить соответственно знаки «+» или «-»). Время ответов не ограничивается, хотя не рекомендуется затягивать процедуру обследования. Опрос можно проводить как индивидуально, так и в группе, начиная с подросткового возраста.

Инструкция: Вам будут предложены утверждения, касающиеся вашего характера и здоровья. Если вы согласны с утверждением, рядом с его номером поставьте «+» (да),

если нет – знак «-» (нет). Долго не задумывайтесь, правильных и неправильных ответов здесь нет.

Текст опросника

1. У вас много различных хобби?
2. Вы обдумываете предварительно то, что собираетесь делать?
3. У вас часто бывают спады и подъемы настроения?
4. Вы претендовали когда-нибудь на похвалу за то, что в действительности сделал другой человек?
5. Вы – разговорчивый человек?
6. Вас беспокоило бы то, что вы залезли в долги?
7. Вам приходилось чувствовать себя несчастным человеком без особых на то причин?
8. Вам случалось когда-нибудь пожадничать, чтобы получить больше того, что вам полагалось?
9. Вы тщательно запираете дверь на ночь?
10. Вы считаете себя жизнерадостным человеком?
11. Увидев, как страдает ребенок, животное, вы бы сильно расстроились?
12. Вы часто переживаете из-за того, что сделали или сказали что-нибудь такое, чего не следовало бы делать и говорить?
13. Вы всегда исполняете свои обещания, даже если лично вам это очень неудобно?
14. Вы получили бы удовольствие, прыгая с парашютом?
15. Способны ли вы дать волю чувствам и всю повеселиться в шумной компании?
16. Вы раздражительны?
17. Вы когда-нибудь обвиняли кого-нибудь в том, в чем на самом деле были виноваты вы сами?
18. Вам нравится знакомиться с новыми людьми?
19. Вы верите в пользу страхования?
20. Легко ли вас обидеть?

21. Все ли ваши привычки хороши и желательны?
22. Вы стараетесь быть в тени, находясь в обществе?
23. Стали бы вы принимать средства, которые могут привести вас в необычное или опасное состояние (алкоголь, наркотики)?
24. Вы часто испытываете такое состояние, когда вам все надоело?
25. Вам случалось брать вещь, принадлежащую другому лицу, будь это даже такая мелочь, как булавка или пуговица?
26. Вам нравится часто ходить к кому-нибудь в гости и бывать в обществе?
27. Вам доставляет удовольствие обижать тех, кого вы любите?
28. Вас часто беспокоит чувство вины?
29. Вам приходилось говорить о том, в чем вы плохо разбираетесь?
30. Вы обычно предпочитаете книги встречам с людьми?
31. У вас есть явные враги?
32. Вы назвали бы себя нервным человеком?
33. Вы всегда извиняетесь, когда наругаете другому?
34. У вас много друзей?
35. Вам нравится устраивать розыгрыши и шутки, которые иногда могут действительно причинить людям боль?
36. Вы – беспокойный человек?
37. В детстве вы всегда безропотно и немедленно выполняли то, что вам приказывали?
38. Вы считаете себя беззаботным человеком?
39. Много ли для вас значат хорошие манеры и чистоплотность?
40. Волнуетесь ли вы по поводу каких-либо ужасных событий, которые могли бы случиться, но не случились?
41. Вам случалось сломать или потерять чужую вещь?

42. Вы обычно первым проявляете инициативу при знакомстве?
43. Можете ли вы легко понять состояние другого человека, если он делится с вами своими заботами?
44. У вас часто нервы бывают натянуты до предела?
45. Бросите ли вы ненужную бумажку на пол, если под рукой нет корзины?
46. Вы больше молчите, находясь в обществе других людей?
47. Считаете ли вы, что брак старомоден и его следует отменить?
48. Вы иногда чувствуете жалость к себе?
49. Вы много хвастаетесь?
50. Вы легко можете внести оживление в довольно скучную компанию?
51. Раздражает ли вас осторожный водитель?
52. Вы беспокоитесь о своем здоровье?
53. Вы говорили когда-нибудь плохо о другом человеке?
54. Вы любите рассказывать шутки и анекдоты своим друзьям?
55. Для вас большинство пищевых продуктов одинаковы на вкус?
56. Бывает ли у вас иногда дурное настроение?
57. Вы дерзили когда-нибудь своим родителям в детстве?
58. Вам нравится общаться с людьми?
59. Вы переживаете, если узнаете, что допустили ошибки в своей работе?
60. Вы страдаете от бессонницы?
61. Вы всегда моете руки перед едой?
62. Вы из тех людей, которые не лезут за словом в карман?
63. Вы предпочитаете приходить на встречу немного раньше назначенного срока?
64. Вы часто чувствуете себя апатичным, усталым без какой-либо причины?

65. Вы когда-нибудь плутовали в игре?
66. Вам нравится работа, требующая быстрых действий?
67. Ваша мать – хороший человек (была хорошим человеком)?
68. Часто ли вам кажется, что жизнь ужасно скучна?
69. Вы когда-нибудь воспользовались оплошностью другого человека в своих целях?
70. Вы часто берете на себя больше, чем позволяет время?
71. Есть ли люди, которые стараются избегать вас?
72. Вас очень заботит ваша внешность?
73. Вы всегда вежливы даже с неприятными людьми?
74. Считаете ли вы, что люди затрачивают слишком много времени, чтобы обеспечить свое будущее, откладывая сбережения, страхуя себя и свое имущество?
75. Возникало ли у вас когда-нибудь желание умереть?
76. Попытались бы вы избежать уплаты налога с дополнительного дохода, если бы были уверены, что вас никогда не смогут уличить в этом?
77. Вы можете внести оживление в компанию?
78. Вы стараетесь не грубить людям?
79. Вы долго переживаете после случившегося конфуза?
80. Вы когда-нибудь настаивали на том, чтобы было по-вашему?
81. Вы часто приезжаете на вокзал в последнюю минуту перед отходом поезда?
82. Вы когда-нибудь намеренно говорили что-нибудь неприятное или обидное для человека?
83. Вас беспокоят ваши нервы?
84. Вам неприятно находиться среди людей, которые подшучивают друг над другом?
85. Вы легко теряете друзей не по своей вине?
86. Вы часто испытываете чувство одиночества?
87. Всегда ли ваши слова совпадают с делом?

88. Нравится ли вам иногда дразнить животных?
89. Вы легко обижаетесь на замечания, касающиеся лично вас или ошибок в вашей работе?
90. Жизнь без какой-либо опасности показалась бы вам слишком скучной?
91. Вы когда-нибудь опаздывали на свидание или на работу?
92. Вам нравится суета и оживление вокруг вас?
93. Вы хотите, чтобы люди боялись вас?
94. Верно ли, что вы иногда полны энергии и все горит в руках, а иногда совсем вялы?
95. Вы иногда откладываете на завтра то, что должны сделать сегодня?
96. Считают ли вас живым и веселым человеком?
97. Часто ли вам говорят неправду?
98. Вы очень чувствительны к некоторым явлениям, событиям, вещам?
99. Вы всегда готовы признать свои ошибки?
100. Вам было бы жалко животное, которое попало в капкан?
101. Трудно ли вам заполнить эту анкету?

Обработка и интерпретация результатов

При обработке опросника подсчитывается количество (сумма) совпавших с ключом ответов испытуемого по каждой шкале (1 балл за каждое совпадение).

1) Шкала искренности

ответы «нет» («-»): № 4, 8, 17, 25, 29, 41, 45, 49, 53, 57, 65, 69, 76, 80, 82, 91, 95;

ответы «да» («+»): № 13, 21, 33, 37, 61, 73, 87, 99.

2) Шкала психотизма

ответы «нет» («-»): № 2, 6, 9, 11, 19, 39, 43, 59, 63, 67, 78, 100;

ответы «да» («+»): № 14, 23, 27, 31, 35, 47, 51, 55, 71, 85, 88, 93, 97.

3) Шкала экстраверсии

ответы «нет» («-»): № 22, 30, 46, 84;

ответы «да» («+»): № 1, 5, 10, 15, 18, 26, 34, 38, 42, 50, 54, 58, 62, 66, 70, 74, 77, 81, 90, 92, 96.

4) Шкала нейротизма

ответы «да» («+»): № 3, 7, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48, 52, 56, 60, 64, 68, 72, 75, 79, 83, 86, 89, 94, 98.

Если по *шкале искренности* количество баллов превышает 10, то результаты обследования считаются недостоверными: испытуемому следует отвечать на вопросы более искренне, а диагносту использовать другую методику.

Шкала психотизма говорит о склонности к асоциальному поведению, вычурности, неадекватности эмоциональных реакций, высокой конфликтности, неконтактности, эгоцентричности, равнодушии лиц, имеющих высокие оценки по данной шкале. Средние значения по шкале находятся в диапазоне 5-12 баллов (соответственно, менее 5 – низкие, выше 12 – высокие).

Экстраверсия проявляется в общительном, активном, оптимистическом, самоуверенном и импульсивном поведении; эти люди обращены «вовне», беззаботны, веселы, добродушны; склонны к риску и агрессии, плохо контролируют свои эмоции; имеют широкий круг знакомств и повышенную потребность в контактах. Предпочитают работу, связанную с людьми и общением, лучше работают во 2-й половине дня и вечером, делают в работе больше пауз. Эмоциональное возбуждение повышает эффективность их поступков и действий; они более терпимы к боли. Для интровертов характерно более необщительное, пассивное, спокойное, вдумчивое, рассудительное поведение. Они достигают лучших результатов в учебной деятельности, часто предпочитают теоретические и научные виды деятельности, лучше работают по утрам и в спокойной обстановке. Средние показатели – 7-15 баллов. Высокие оценки по шкале экстраверсии (выше 15 баллов) соответствуют экстравертированному типу, низкие – интровертированному (менее 7 баллов).

Шкала нейротизма характеризует эмоциональную устойчивость (стабильность) и связана с показателями лабильности нервной системы. Средние показатели – 8-16 баллов. Индивид с низким уровнем нейротизма (менее 8 баллов) спокоен, беззаботен, непринужден в общении, надежен, отличается зрелостью, высокой адаптивностью, склонностью к лидерству. Эмоционально устойчивые люди демонстрируют сохранение организованного целенаправленного поведения как в обычных, так и в стрессовых ситуациях. Высокие показатели по шкале нейротизма (более 16 баллов) говорят о высокой психической неустойчивости и склонности к неврозам. Человеку с высоким нейротизмом свойственны сверхчувствительные реакции, напряженность, тревожность, недовольство собой и окружающим миром, неуверенность в себе, ригидность, импульсивность, изменчивость интересов, впечатлительность, раздражительность, нервозность в контактах с людьми.

Г. и С. Айзенк также соотносят показатели опросника и классические типы темперамента, при этом значимыми считаются показатели по шкалам экстраверсии и нейротизма:

Сангвиник – экстравертированный, эмоционально стабильный;

Холерик – экстравертированный, эмоционально нестабильный;

Флегматик – интровертированный, эмоционально стабильный;

Меланхолик – интровертированный, эмоционально нестабильный;

Характерологический опросник К. Леонгарда

Цель: выявление акцентуаций личности.

Теоретической основой опросника является концепция акцентуированных личностей немецкого психиатра Карла Леонгарда, который считал, что присущие личности чер-

ты могут быть разделены на основные и дополнительные. Основные черты составляют «ядро» личности. Описания характеров К. Леонгарда основываются на опыте психиатрии, систематизации и обобщении многих историй развития человеческих индивидуальностей. К. Леонгардом выделены и разделены на две группы 12 типов акцентуированных личностей: акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый) и акцентуации темперамента (гипертимный, дистимичный, тревожно-боязливый, циклотимный, аффективный, эмотивный, экстравертированный, интровертированный). В опросник включены 10 типов акцентуаций: демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый, гипертимный, дистимичный, циклотимный, экзальтированный, тревожный, эмотивный. Методика адаптирована отечественными психологами на репрезентативных выборках, может быть использована для диагностики лиц, начиная с подросткового возраста. Опросник имеет два варианта: на 88 вопросов и на 97 вопросов (88 вопросов + шкала лжи). Ниже представлен вариант на 97 вопросов со шкалой лжи.

Инструкция: Вам предлагаются утверждения и вопросы, касающиеся Вашего характера. Если Вы согласны с утверждением, то ответьте «да», если же не согласны, то ответьте «нет». Над ответами долго думать не следует, правильных и неправильных ответов здесь быть не может.

Текст опросника

1. Ваше настроение, как правило, бывает ясным, неомраченным (хорошим)?
2. Восприимчивы ли Вы к оскорблениям, обидам?
3. Легко ли Вы плачете?
4. Возникает ли у Вас по окончании какой-либо работы сомнение в качестве ее исполнения и прибегаете ли Вы к проверке, правильно ли Вы ее сделали?

5. Были ли Вы в детстве таким же смелым, как ваши сверстники?
6. Часто ли у вас бывают смены настроения: только что Вы «парили в облаках» и вдруг становится очень грустно?
7. Являетесь ли Вы центром внимания в обществе, в компании?
8. Бывают ли дни, когда Вы без особых причин ворчливы, раздражительны, и все считают, что Вас лучше не трогать?
9. Всегда ли Вы отвечаете на письма сразу после их прочтения?
10. Вы – серьезный человек?
11. Способны ли вы так сильно увлечься чем-то, что все остальное перестает быть значимым для Вас?
12. Предприимчивы ли Вы?
13. Быстро ли Вы забываете оскорбления, обиды?
14. Мягкосердечны ли Вы?
15. Когда вы бросили письмо в почтовый ящик, проверяете ли Вы, опустилось ли оно туда или нет?
16. Требуется ли ваше честолюбие того, чтобы в работе (учебе или в чем-либо другом) Вы были одним из первых?
17. Боялись ли Вы в детские годы грозы или собак?
18. Смеетесь ли Вы иногда неприличным шуткам, анекдотам?
19. Есть ли среди Ваших знакомых люди, которые считают Вас педантичным (человеком, отличающимся особой аккуратностью, точностью, формализмом)?
20. Очень ли зависит Ваше настроение от внешних событий?
21. Любят ли Вас все Ваши знакомые?
22. Часто ли Вы находитесь во власти сильных внутренних порывов, побуждений?
23. Ваше настроение обычно несколько подавлено?

24. Случалось ли вам рыдать, переживая тяжелое нервное потрясение?
25. Трудно ли Вам долго сидеть на одном месте?
26. Отстаиваете ли вы энергично свои интересы, когда по отношению к Вам допускают несправедливость?
27. Хвастаетесь ли Вы иногда?
28. Смогли бы Вы в случае надобности зарезать домашнее животное или птицу?
29. Раздражает ли вас, если штора или скатерть висят неровно, стараетесь ли вы это поправить?
30. Боялись ли Вы в детстве оставаться дома один?
31. Часто ли портится ваше настроение без видимых причин?
32. Случалось ли Вам быть одним из первых в вашей профессиональной деятельности?
33. Легко ли Вы впадаете в гнев?
34. Способны ли Вы иногда быть шаловливо-веселым?
35. Бывают ли у Вас состояния. Когда Вы преисполнены счастьем?
36. Смогли бы Вы играть роль конферансье в веселых представлениях?
37. Говорите ли Вы людям свое мнение о них прямо в глаза?
38. Можете ли Вы спокойно смотреть на кровь?
39. Лгали ли Вы когда-нибудь в своей жизни?
40. Нравится ли Вам работа, когда только Вы ответственны за нее?
41. Заступаетесь ли Вы за людей, по отношению к которым допущена несправедливость?
42. Беспокоит ли Вас необходимость спуститься в темный погреб, зайти в пустую неосвещенную комнату?
43. Предпочитаете ли Вы деятельность, которую нужно выполнять долго и точно, той, которая не требует большой кропотливости и выполняется быстро?

44. Вы – очень общительный человек?
45. Охотно ли Вы в школе рассказывали стихи?
46. Сбегали ли Вы в детстве из дома?
47. Обычно Вы без колебаний уступаете место в автобусе старикам?
48. Часто ли жизнь кажется Вам тяжелой?
49. Случалось ли вам так расстраиваться из-за какого-то конфликта или ссоры, что после этого Вы чувствовали себя не в состоянии пойти на работу (учебу)?
50. Можно ли сказать, что при неудаче вы не теряете чувство юмора?
51. Стараетесь ли вы помириться, если кого-нибудь обидели?
52. Очень ли Вы любите животных?
53. Случалось ли вам, уйдя из дому возвращаться, чтобы проверить, не произошло ли чего-нибудь?
54. Беспokoили ли Вас когда-нибудь мысли о том, что с вами или Вашими родными что-нибудь случится?
55. Существенно ли зависит ваше настроение от погоды?
56. Трудно ли Вам выступать перед большой аудиторией?
57. Можете ли вы, сердясь на кого-то, пустить в ход руки?
58. Очень ли вы любите повеселиться?
59. Всегда ли вы говорите то, что думаете?
60. Можете ли Вы под влиянием разочарования впасть в отчаяние?
61. Привлекает ли Вас роль организатора в каком-либо деле?
62. Упорствуете ли Вы в достижении цели, если встречаете какое-либо препятствие?
63. Чувствовали ли вы когда-нибудь удовлетворение при неудачах людей, которые Вам неприятны?
64. Может ли трагический фильм взволновать вас так, что на глазах выступят слезы?
65. Часто ли Вам мешают уснуть мысли о проблемах прошедшего или будущего дня?

66. Свойственно ли было Вам в школьные годы подсказывать или давать списывать одноклассникам?
67. Смогли бы Вы один пройти в темноте через кладбище?
68. Вы бы, не раздумывая, вернули лишние деньги в кассу, если бы обнаружили, что получили очень много?
69. Следите ли Вы за тем, чтобы в вашем доме каждая вещь лежала на своем месте?
70. Легко ли Вы приспосабливаетесь к новой ситуации?
71. Случалось ли с Вами, что, ложась спать в отменном настроении, следующим утром Вы встаете в плохом расположении духа, которое длится несколько часов?
72. Часто ли у Вас бывают головные боли?
73. Часто ли Вы смеетесь?
74. Можете ли Вы относиться к человеку, которого не любите и не уважаете, так, что никто не догадается о Вашем действительном отношении?
75. Вы – энергичный, подвижный человек?
76. Сильно ли Вы страдаете, когда совершается несправедливость?
77. Можно ли сказать, что Вы – страстный любитель природы?
78. Уходя из дома или ложась спать, проверяете ли Вы, закрыт ли газ, погашен ли свет, заперты ли двери?
79. Пугливы ли Вы?
80. Меняется ли Ваше настроение под влиянием алкоголя?
81. Охотно ли Вы раньше принимали участие в кружках художественной самодеятельности, в драмкружках?
82. Тянет ли Вас иногда уехать далеко от дома?
83. Смотрите ли Вы на будущее немного пессимистично?
84. Бывают ли у Вас резкие перепады настроения от веселого к очень тоскливому?
85. Можете ли вы развлекать общество, быть душой компании?

86. Долго ли Вы храните чувство гнева, досады?
87. Переживаете ли Вы долгое время горести других людей?
88. Всегда ли Вы соглашаетесь с замечаниями в свой адрес, правильность которых сознаете?
89. Могли ли Вы в школьные годы переписать из-за кляксы или ошибки страницу в тетради?
90. Можно ли сказать, что вы относитесь к людям скорее настороженно и недоверчиво, чем доверительно?
91. Часто ли у Вас бывает утрашающее спокойствие?
92. Возникают ли у Вас иногда такие мысли, что, если Вы, например, стоите на перроне, то Вы можете против своей воли броситься под поезд, или, если находитесь возле высокого и открытого окна, то можете из него выпрыгнуть?
93. Становитесь ли Вы веселее в обществе веселых людей?
94. Вы – человек, который не думает о сложных проблемах, может отвлекаться от гнетущих мыслей?
95. Совершаете ли вы под влиянием алкоголя внезапные, импульсивные поступки?
96. В беседе вы скорее молчаливы, чем многословны?
97. Могли бы вы, изображая кого-нибудь, так увлечься, что на время позабыли, какой Вы на самом деле?

Обработка и интерпретация результатов

Сначала подсчитывается число совпадений с ключом по каждой шкале, баллы по шкале суммируются. Чтобы получить балльную оценку выраженности акцентуации, необходимо полученную сумму баллов по шкале умножить на соответствующий данной шкале коэффициент.

В опросник включена «шкала лжи». Высокие показатели по этой шкале (более 5 баллов) снижают достоверность полученных данных, что свидетельствует о неискренности и желании испытуемого давать социально одобряемые ответы.

Тип акцентуации	Ответы «да»	Ответы «нет»	Коэф	Баллы
Ложь	9, 37, 47, 59, 68	18, 27, 39, 63	1	
характерологические				
Демонстративный	7, 21, 24, 32, 45, 49, 74, 81, 85, 94, 97	56	2	
Педантичный	4, 15, 19, 29, 40, 43, 53, 69, 78, 88, 89	70	2	
Застревающий	2, 16, 26, 41, 62, 65, 76, 86, 90	13, 51, 66	2	
Возбудимый	8, 22, 33, 46, 57, 72, 82, 95	-	3	
темпераментные				
Гипертимный	1, 12, 25, 36, 44, 50, 61, 75	-	3	
Дистимичный	10, 23, 48, 83, 96	34, 58, 73	3	
Циклотимный	6, 20, 31, 55, 71, 80, 84, 93	-	3	
Экзальтированный	11, 35, 60, 91	-	6	
Тревожный	17, 30, 42, 54, 79, 92	5, 67	3	
Эмотивный	3, 14, 52, 64, 77, 87	28, 38	3	

Максимальный показатель по каждому типу акцентуации – 24 балла. Признаком акцентуации считается показатель выше 12 баллов (12-19 – тенденция к акцентуации данного типа, >19 – ярко выраженная акцентуация).

Описание типов акцентуаций³⁴

1. *Демонстративный тип* отличают: выраженная тенденция к вытеснению неприятных для субъекта фактов и событий, к лживости, фантазированию и притворству, используемых для привлечения к себе внимания; авантюризм, тщеславие; «бегство в болезнь» при неудовлетворенности потребности в признании. Характеризуется демонстративностью поведения, живостью, подвижностью, легкостью в установлении контактов, артистизмом, позерством. Им движет

³⁴ <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/203-leongard>

стремление к лидерству, потребность в признании, жажда постоянного внимания к своей персоне, жажда власти, похвалы; перспектива быть незамеченным отягощает его. Он демонстрирует высокую приспособляемость к людям, эмоциональную лабильность (легкую смену настроений) при отсутствии действительно глубоких чувств, склонность к интригам (при внешней мягкости манеры общения). Отмечается беспредельный эгоцентризм, жажда восхищения, сочувствия, почитания, удивления. Обычно похвала других в его присутствии вызывает у него особо неприятные ощущения, он этого не выносит. Стремление к компании обычно связано с потребностью ощутить себя лидером, занять исключительное положение. Самооценка далека от объективности. Может раздражать своей самоуверенностью и высокими притязаниями, сам систематически провоцирует конфликты, но при этом активно защищается. Обладая патологической способностью к вытеснению, он может полностью забыть то, о чем он не желает знать. Это расковывает его во лжи. Обычно лжет с невинным лицом, поскольку то, о чем он говорит, в данный момент для него является правдой; по-видимому, внутренне он не осознает свою ложь или же осознает очень неглубоко, без заметных угрызений совести. Способен увлечь других неординарностью мышления и поступков.

2. *Педантичный тип* – это личность с преобладанием черт ригидности (тугоподвижности), инертности психических процессов и, как следствие, педантизма. Его характеризуют нетерпимость, непринятие мнения других, чрезмерная обстоятельность речи, вязкость мышления, «ритуализация» действий и поступков, неспособность к вытеснению травмирующих переживаний. Тяжел на подъем, в конфликты вступает редко, выступая скорее пассивной, чем активной стороной. В то же время очень сильно реагирует на любое проявление нарушения порядка. На службе ведет себя как бю-

рократ, предъявляя окружающим много формальных требований. Пунктуален, аккуратен, особое внимание уделяет чистоте и порядку, скрупулезен, добросовестен, склонен жестко следовать плану, в выполнении действий нетороплив, усидчив, ориентирован на высокое качество работы и особую аккуратность, склонен к частым самопроверкам, сомнениям в правильности выполненной работы, брюзжанию, формализму. С охотой уступает лидерство другим людям.

3. *Застревающий* (аффективно-застойный, неуравновешенный, параноидальный) тип характеризуется склонностью к «застреванию аффекта», повышенной раздражительностью и болезненной обидчивостью, подозрительностью, тенденцией к бредовым реакциям, повышенным честолюбием и стремлением к доминированию. Основная черта этого типа – чрезмерная стойкость аффекта со склонностью к формированию сверхценных идей. Его характеризуют умеренная общительность, занудливость, склонность к нравоучениям, неразговорчивость. Часто страдает от мнимой несправедливости по отношению к нему. В связи с этим проявляет настойчивость и недоверчивость по отношению к людям, чувствителен к обидам и огорчениям, уязвим, подозрителен, отличается мстительностью, долго переживает происшедшее, не способен «легко отходить» от обид. Для него характерны заносчивость (часто выступает инициатором конфликтов), склонность к аффектам (правдолюбие, обидчивость, ревность, подозрительность), инертность в проявлении аффектов, мышлении, моторике. Самонадеянность, жесткость установок и взглядов, сильно развитое честолюбие часто приводят к настойчивому утверждению своих интересов, которые он отстаивает с особой энергичностью. Стремится добиться высоких показателей в любом деле, за которое берется, и проявляет большое упорство в достижении своих целей.

4. *Возбудимый тип* отличает чрезмерная эмоциональная

возбудимость (приступы гнева, ярости могут возникать из-за незначительных поводов), повышенная импульсивность, ослабление контроля над влечениями и побуждениями. Легко поддается влиянию окружающих, постоянно ищет новых развлечений, компаний, умеет легко устанавливать контакты, которые, однако, носят поверхностный характер. Недостаточная управляемость сочетается у людей такого типа с властью физиологических влечений. Типичные проявления – инстинктивность, грубость, занудство, угрюмость, гневливость, склонность к хамству и брани, к трениям и конфликтам, в которых сам и является активной, провоцирующей стороной. Раздражителен, вспыльчив, часто меняет место работы, неуживчив в коллективе. Отмечаются низкая контактность в общении, замедленность вербальных и невербальных реакций, тяжеловесность поступков. Для него никакой труд не становится привлекательным, работает лишь по мере необходимости, проявляет такое же нежелание учиться. Равнодушен к будущему, целиком живет настоящим, желая извлечь из него массу развлечений. Повышенная импульсивность или возникающая реакция возбуждения гасятся с трудом и могут быть опасны для окружающих. Может быть властным, выбирая для общения наиболее слабых.

5. *Гипертимный тип* характеризуется постоянно приподнятым настроением, повышенной психической активностью, жадной деятельностью с тенденцией разбрасываться, не доводить дело до конца, повышенной словоохотливостью, коммуникабельностью, предприимчивостью. Людей этого типа отличает большая подвижность, общительность, болтливость, выраженность жестов, мимики, пантомимики, чрезмерная самостоятельность, склонность к озорству, недостаток чувства дистанции в отношениях с другими. Часто спонтанно отклоняются от первоначальной темы в разговоре. Везде вносят много шума, любят компании сверстни-

ков, стремятся ими командовать. Они почти всегда имеют хорошее настроение, хорошее самочувствие, высокий жизненный тонус, нередко цветущий вид, хороший аппетит, здоровый сон, склонны к чревоугодию и иным радостям жизни. Это люди с повышенной самооценкой, веселые, легкомысленные, поверхностные и вместе с тем деловитые, изобретательные, блестящие собеседники; люди, умеющие развлекать других, энергичные, деятельные, инициативные. Большое стремление к самостоятельности может служить источником конфликтов. Для них характерны вспышки гнева, раздражения, особенно когда они встречают сильное противодействие, терпят неудачу. Склонны к аморальным поступкам, повышенной раздражительности, прожектерству. Испытывают недостаточно серьезное отношение к своим обязанностям. Они трудно переносят условия жесткой дисциплины, монотонную деятельность, вынужденное одиночество.

6. *Дистимичный тип* отличает преобладание пониженного настроения, склонность к депрессии, сосредоточенность на мрачных сторонах жизни; чрезмерная серьезность, ответственность, недостаточная внешняя активность. Люди этого типа отличаются серьезностью, даже подавленностью настроения, медлительностью, слабостью волевых усилий, идеомоторной заторможенностью. Для них характерны пессимистическое отношение к будущему, заниженная самооценка, низкая контактность, немногословность в беседе, даже молчаливость. Такие люди являются домоседами, индивидуалистами; общества, шумной компании обычно избегают, ведут замкнутый образ жизни. Часто угрюмы, заторможены, склонны фиксироваться на теневых сторонах жизни. Они добросовестны, ценят тех, кто с ними дружит и готовы им подчиниться, обладают обостренным чувством справедливости, а также замедленностью мышления.

7. *Циклотимный тип* характеризуется сменой гипер-

тимных и дистимичных состояний. Им свойственны частые периодические смены настроения, а также зависимость от внешних событий; от фазы настроения у субъекта зависят и работоспособность, и самочувствие, и самооценка и т.п. Радостные события вызывают у них картины гипертимии: жажда деятельности, повышенная говорливость, скачки идей; печальные – подавленность, замедленность реакций и мышления, также часто меняется их манера общения с окружающими людьми. В подростковом возрасте можно обнаружить два варианта циклотимической акцентуации: типичные и лабильные циклоиды. Типичные циклоиды в детстве обычно производят впечатление гипертимных, но затем проявляется вялость, упадок сил, то, что раньше давалось легко, теперь требует непомерных усилий. Прежде шумные и бойкие, они становятся вялыми домоседами, наблюдается падение аппетита, бессонница или, наоборот, сонливость. На замечания реагируют раздражением, даже грубостью и гневом, в глубине души, однако, впадая при этом в уныние, глубокую депрессию, не исключены суицидальные попытки. Учатся неровно, случившиеся упущения наверстывают с трудом, порождают в себе отвращение к занятиям. У лабильных циклоидов фазы смены настроения обычно короче, чем у типичных циклоидов. «Плохие» дни отмечаются более насыщенным дурным настроением, чем вялостью. В период подъема выражены желания иметь друзей, быть в компании.

8. *Экзальтированный тип* отличает склонность к «аффективной экзальтации», быстрая эмоциональная возбудимость, бурное нарастание аффектов, переходящее в действие без обдумывания; внешняя экспрессивность, демонстративность мимики и жестикуляции, легкость перехода от состояния восторга к состоянию печали. Лицам этого типа свойственен большой диапазон эмоциональных состояний, они легко приходят в восторг от радостных событий и в полное отчая-

ние от печальных. Яркая черта этого типа – способность восторгаться, восхищаться, а также улыбочивость, ощущение счастья, радости, наслаждения. Эти чувства у них могут часто возникать по причине, которая у других не вызывает большого подъема, они легко приходят в восторг от радостных событий и в полное отчаяние – от печальных. Им свойственна высокая контактность, словоохотливость, влюбчивость. Такие люди часто спорят, но не доводят дела до открытых конфликтов. В конфликтных ситуациях они бывают как активной, так и пассивной стороной. Они привязаны к друзьям и близким, альтруистичны, имеют чувство сострадания, хороший вкус, проявляют яркость и искренность чувств. Могут быть паникерами, подвержены сиюминутным настроениям, порывисты, обладают лабильностью психики.

9. *Тревожный тип* характеризуют такие черты, как повышенная тревожность, боязливость, склонность к страхам, нерешительность, впечатлительность и обостренное чувство собственной неполноценности, зачастую – быстрая утомляемость, раздражительность и склонность к депрессии и ипохондрии. Людям данного типа свойственны низкая контактность, минорное настроение, робость, пугливость, неуверенность в себе. Дети тревожного типа часто боятся темноты, животных, страшатся оставаться одни. Они сторонятся шумных и бойких сверстников, не любят чрезмерно шумных игр, испытывают чувство робости и застенчивости, тяжело переживают контрольные, экзамены, проверки. Часто стесняются отвечать перед классом. Охотно подчиняются опеке старших, нотации взрослых могут вызвать у них угрызения совести, чувство вины, слезы, отчаяние. У них рано формируется чувство долга, ответственности, высокие моральные и этические требования. Чувство собственной неполноценности стараются замаскировать в самоутверждении через те виды деятельности, где они могут в большей мере раскрыть свои спо-

способности. Свойственные им с детства обидчивость, чувствительность, застенчивость мешают сблизиться с теми, с кем хочется, особо слабым звеном является реакция на отношение к ним окружающих. Непереносимость насмешек, подозрения сопровождаются неумением постоять за себя, отстаивать правду при несправедливых обвинениях. Редко вступают в конфликты с окружающими, играя в них в основном пассивную роль, в конфликтных ситуациях ищут поддержки и опоры. Они обладают дружелюбием, самокритичностью, исполнительностью. Вследствие своей незащитности нередко служат «козлами отпущения», мишенями для шуток.

10. Эмотивный тип выделяет эмоциональная лабильность, неустойчивость, резкая смена настроения в зависимости от ситуации; впечатлительность, повышенная тенденция к эмпатии (сопереживанию), состраданию. Родствен экзальтированному типу, но проявления не такие бурные. Это – чувствительные и впечатлительные люди, отличаются глубиной переживаний в области тонких эмоций в духовной жизни человека. Для них характерны эмоциональность, чувствительность, тревожность, болтливость, боязливость, глубокие реакции в области тонких чувств. Наиболее сильно выраженная черта – гуманность, сопереживание другим людям или животным, отзывчивость, мягкосердечность, сорадование чужим успехам. Они впечатлительны, слезливы, любящие жизненные события воспринимают серьезнее, чем другие люди. Подростки остро реагируют на сцены из фильмов, где кому-либо угрожает опасность, сцена насилия может вызвать у них сильное потрясение, которое долго не забудется и может нарушить сон. Редко вступают в конфликты, обиды носят в себе, не «выплескивают» наружу. Им свойственны обостренное чувство долга, исполнительность. Бережно относятся к природе, любят выращивать растения, ухаживать за животными.

Опросник «Мини-мульти»

Цель: выявление наиболее распространенных ситуативных или застойных личностных расстройств, обусловленных экстремальными условиями жизнедеятельности.

Опросник является модификацией Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММПИ), адаптирован В.П. Зайцевым в 1981 г. Опросник содержит 71 вопрос, отобранный на основе факторного анализа; имеет данные о достаточно высокой валидности при групповой диагностике (при индивидуальной только в случае выраженных психических отклонений). «Мини-мульти» состоит из 11-и шкал, три из которых – оценочные, измеряющие искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекций, вносимых чрезмерной осторожностью испытуемого. Остальные восемь шкал являются базовыми и оценивают свойства личности по показателям ипохондрии (Hs), депрессии (D), истерии (Hy), психопатии (Pd), паранойяльности (Pa), психастении (Pt), шизоидности (Sc), гипомании (Ma). Опросник предназначен для диагностики лиц старше 16 лет с уровнем IQ не ниже 80. Время на выполнение методики не ограничивается, однако обследование не должно затягиваться.

Инструкция. Внимательно прочтите утверждения в опроснике, которые касаются вашего характера. Решите, верно или неверно каждое из представленных утверждений. Не тратьте на обдумывание слишком много времени. Наиболее естественно то решение, которое первым приходит вам в голову. Свой ответ занесите в бланк теста. Если вы согласны с утверждением, запишите «+», если не согласны, то «-».

Текст опросника

1. У вас хороший аппетит.
2. По утрам вы обычно чувствуете, что выспались и отдохнули.

3. В вашей повседневной жизни много интересного.
4. Вы работаете с большим напряжением.
5. Временами вам приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать.
6. У вас очень редко бывает запор.
7. Иногда вам очень хотелось уйти из дома.
8. Временами у вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
9. Временами вас беспокоит тошнота и позывы на рвоту.
10. У вас такое впечатление, что вас никто не понимает.
11. Иногда вам хочется выругаться.
12. Каждую неделю вам снятся кошмары.
13. Вам труднее сосредоточиться, чем большинству людей.
14. С вами происходили (или происходят) странные вещи.
15. Вы достигли бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против вас.
16. В детстве одно время вы совершали кражи.
17. Бывало, что по нескольку дней, недель или целых месяцев вы ничем не могли заняться, потому что трудно было себя заставить включиться в работу.
18. У вас прерывистый и беспокойный сон.
19. Когда вы находитесь среди людей, вам слышатся странные вещи.
20. Большинство знающих вас людей не считают вас неприятным человеком.
21. Вам часто приходилось подчиняться кому-нибудь, кто знал меньше вашего.
22. Большинство людей довольны своей жизнью более, чем вы.
23. Очень многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия и помощи.
24. Иногда вы сердитесь.
25. Вам определенно не хватает уверенности в себе.

26. У вас часто бывает чувство, будто вы сделали что-то неправильное или нехорошее.
27. У вас часто бывают подергивания в мышцах.
28. Обычно вы удовлетворены своей судьбой.
29. Некоторые так любят командовать, что вам хочется все сделать наперекор, хотя вы знаете, что они правы.
30. Вы считаете, что против вас что-то замышляют.
31. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.
32. Вас часто беспокоит желудок.
33. Часто вы не можете понять, почему накануне вы были в плохом настроении и раздражены.
34. Временами ваши мысли текли так быстро, что вы не успевали их высказать.
35. Вы считаете, что ваша семейная жизнь не хуже, чем у большинства ваших знакомых.
36. Временами вы уверены в собственной бесполезности.
37. В последние годы ваше самочувствие было в основном хорошим.
38. У вас были периоды, во время которых вы что-то делали и потом не могли вспомнить, что именно.
39. Вы считаете, что вас часто незаслуженно наказывали.
40. Вы никогда не чувствовали себя лучше, чем теперь.
41. Вам безразлично, что думают о вас другие.
42. С памятью у вас все благополучно.
43. Вам трудно поддерживать разговор с человеком, с которым вы только что познакомились.
44. Большую часть времени вы чувствуете общую слабость.
45. У вас редко болит голова.
46. Иногда вам бывало трудно сохранить равновесие при ходьбе.
47. Не все ваши знакомые вам нравятся.
48. Есть люди, которые пытаются украсть ваши идеи и мысли.

49. Вы считаете, что совершили поступки, которые нельзя простить.
50. Вы считаете, что вы слишком застенчивы.
51. Вы почти всегда о чем-нибудь тревожитесь.
52. Ваши родители часто не одобряли ваших знакомств.
53. Иногда вы немного сплетничаете.
54. Временами вы чувствуете, что вам необыкновенно легко принимать решения.
55. У вас бывает сильное сердцебиение, вы часто задыхаетесь.
56. Вы вспыльчивы, но отходчивы.
57. У вас бывают периоды такого беспокойства, что трудно усидеть на месте.
58. Ваши родители и другие члены семьи часто придираются к вам.
59. Ваша судьба никого особенно не интересует.
60. Вы не осуждаете человека, который не прочь воспользоваться в своих интересах ошибками другого.
61. Иногда вы полны энергии.
62. За последнее время у вас ухудшилось зрение.
63. Часто у вас звенит или шумит в ушах.
64. В вашей жизни были случаи (может быть, только один), когда вы чувствовали, что на вас действуют гипнозом.
65. У вас бывают периоды, когда вы необычно веселы без особой причины.
66. Даже находясь в обществе, вы обычно чувствуете себя одиноко.
67. Вы считаете, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.
68. Вы чувствуете острее, чем большинство других людей.
69. Временами ваша голова работает как бы медленнее, чем обычно.
70. Вы часто разочаровываетесь в людях.
71. Вы злоупотребляли спиртными напитками.

Обработка и интерпретация результатов

Производится подсчет «сырых» баллов по всем 11-ти показателям (оценочным и базовым) в соответствии с ключом к опроснику. Каждое совпадение с ключом оценивается в 1 балл, затем баллы по каждой шкале суммируются. По данным обследования вычерчивается личностный профиль испытуемого. Высокими оценками для каждой из описанных выше шкал являются оценки в «сырых» баллах выше 70% от максимального количества баллов по шкале, низкими оценками считаются те, которые не превышают 30% от максимального количества баллов по шкале.

Базисные шкалы

Шкалы	Ответы	Номера вопросов
Оценочные шкалы		
L	Неверно (Н)	5, 11, 24, 47, 53
F	Н	22, 24, 61
	Верно (В)	9, 12, 15, 19, 30, 38, 48, 49, 59, 64, 71
K	Н	11, 23, 31, 33, 34, 36, 40, 41, 43, 51, 56, 61, 65, 67, 69, 70
Базисные шкалы		
1. (Hs)	Н	1, 2, 6, 37, 45
	В	9, 18, 26, 32, 44, 46, 55, 62, 63
2. (D)	Н	1, 3, 6, 11, 28, 37, 40, 42, 60, 65, 71
	В	9, 13, 17, 18, 22, 25, 36, 44
3. (Hy)	Н	1, 2, 3, 11, 23, 28, 29, 31, 33, 35, 37, 40, 41, 43, 45, 50, 56
	В	9, 13, 18, 26, 44, 46, 55, 57, 62
4. (Pd)	Н	3, 28, 34, 35, 41, 43, 50, 65
	В	7, 10, 13, 14, 15, 16, 22, 27, 52, 58, 71
5. (Pa)	Н	28, 29, 31, 67
	В	5, 8, 10, 15, 30, 39, 63, 64, 66, 68
6. (Pt)	Н	2, 3, 42
	В	5, 8, 13, 17, 22, 25, 27, 36, 44, 51, 57, 66, 68
7. (Sc)	Н	3, 42
	В	5, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 26, 30, 38, 39, 46, 57, 63, 64, 66
8. (Ma)	Н	43
	В	4, 7, 8, 21, 29, 34, 38, 39, 54, 57, 60

Интерпретация показателей по шкалам³⁵

Оценочные шкалы

1) Шкала лжи (L) оценивает искренность испытуемого (max 5 баллов).

2) Шкала достоверности (F) выявляет недостоверные ответы. Чем больше значение по этой шкале, тем менее достоверны результаты (max 14 баллов).

3) Шкала коррекции (K) сглаживает искажения, вносимые чрезмерной осторожностью и контролем испытуемого во время тестирования. Высокие показатели по этой шкале говорят о неосознанном контроле поведения. Шкала K используется для коррекции базисных шкал (max 16 баллов).

Базисные шкалы

1) Шкала ипохондрии (Hs) означает «близость» испытуемого к астено-невротическому типу (max 14 баллов). Испытуемые с высокими показателями по этой шкале медлительны, пассивны, принимают все на веру, покорны власти, медленно приспособляются, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах.

2) Шкала депрессии (D) (max 19 баллов). Высокие оценки имеют чувствительные, робкие, застенчивые, сензитивные люди, склонные к тревогам. В делах они старательны, добросовестны, высоко моральны и обязательны, но не способны принимать решения самостоятельно, у них нет уверенности в себе, при малейших неудачах они впадают в отчаяние.

3) Шкала истерии (Hy) (max 26 баллов). По этой шкале выявляются лица, склонные к неврологическим защитным реакциям конверсионного типа. Они используют симптомы со-

³⁵ <http://psylab.info/>
0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BC%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D1%84%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D0%B4%D0%BB%D1%8F_%D0%B8%D1%81%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D0%BB%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8

матического заболевания как средство избегания ответственности. Все проблемы решаются «уходом» в болезнь. Главной особенностью таких людей является стремление казаться больше, значительнее, чем на самом деле, желание во что бы то ни стало обратить на себя внимание, жажда восхищения. Чувства таких людей поверхностны, интересы неглубоки.

4) Шкала психопатии (Pd) (max 19 баллов). Высокие оценки по этой шкале свидетельствуют о социальной дезадаптации. Такие люди агрессивны, конфликтны, пренебрегают социальными нормами и ценностями. Настроение у них неустойчивое, они обидчивы, возбудимы и чувствительны. Возможен временный подъем по этой шкале, вызванный какой-нибудь причиной.

5) Шкала паранойяльности (Pa) (max 14 баллов). Основная черта людей с высокими показателями по этой шкале – склонность к формированию «сверхценных» идей. Это лица односторонние, агрессивные и злопамятные. Кто не согласен с ними, кто думает иначе, тот, по их мнению, или глупый человек, или враг. Свои взгляды они активно насаждают, поэтому имеют частые контакты с окружающими. Малейшие собственные удачи они всегда переоценивают.

6) Шкала психастении (Pt) диагностирует лиц с тревожно-мнительным типом характера, которым свойственны тревожность, боязливость, нерешительность, постоянные сомнения (max 16 баллов).

7) Шкала шизоидности (Sc) (max 20 баллов). Лицам с высокими показателями по этой шкале свойствен шизоидный тип поведения. Они способны тонко чувствовать и воспринимать абстрактные образы, но повседневные радости и горести не вызывают у них эмоционального отклика. Общей чертой шизоидного типа является сочетание повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях.

8) Шкала гипомании (Ma) (max 12 баллов). Для лиц с высокими оценками по этой шкале характерно приподнятое настроение независимо от обстоятельств. Они активны, деятельны, энергичны и жизнерадостны. Любят работу с частыми переменами, охотно контактируют с людьми, однако интересы их поверхностны и неустойчивы, им не хватает выдержки и настойчивости.

Опросник Плутчика – Келлермана – Конте

Цель: диагностика механизмов психологической защиты личности.

Методика LSI впервые описана в 1979 г. на основе психозволюционной теории R. Plutchik и структурной теории личности Н. Kellerman и позволяет диагностировать всю систему механизмов психологической защиты (МПЗ) личности (выявить как ведущие, основные механизмы, так и оценить степень напряженности каждого механизма)³⁶. Достоинствами методики являются ее теоретическая обоснованность и валидность, целенаправленная многомерность и конструктивная простота. При составлении опросника авторами использовались несколько источников, включая психоаналитические труды и работы по общей психопатологии и психологии личности. Авторы выделили предполагаемые характеристики 16-и МПЗ, которые и составили основу защиты «Я»: импульсивное поведение, компенсация, отрицание, замещение, фантазирование, идентификация, интеллектуализация, интроекция, изоляция, проекция, рационализация, реактивные образования, регрессия, вытеснение, сублимация, уничтожение содеянного.

Первоначальная версия опросника включала 224 утверждения, затем в результате доработки текст был сокращен до 184 наиболее репрезентативных пунктов, а число МПЗ в ре-

³⁶ <http://magistr-nn.ru/index.php/2010-12-12-11-01-38/110>—isi.html

зультате факторного анализа сократилось до восьми. Некоторые из них представляли совокупность нескольких МПЗ (например, компенсация включала утверждения, представляющие идентификацию и фантазирование). После экспертной оценки 17 клиницистами были отобраны наиболее значимые, с точки зрения авторов, утверждения, и, таким образом, окончательный вариант опросника составил 97 вопросов, измеряющих восемь видов МПЗ, отрицание, вытеснение, замещающие, компенсацию, реактивные образования, проекцию, интеллектуализацию и регрессию. Каждому из этих 8-и МПЗ соответствовало от 10 до 14 утверждений, описывающих личностные реакции индивида, которые обычно возникают в различных ситуациях. Ответы на эти утверждения фиксировались на бланке по типу «верно»/«неверно»; затем подсчитывалось количество баллов по каждому виду МПЗ. Сырые оценки затем переводились в проценты, и на специальном профильном бланке строился профиль защитной структуры индивида. После завершения работы по исследованию психометрических данных теста авторами были проведены исследования по получению нормативных данных и различий на разных клинических группах испытуемых, которые подтвердили диагностические возможности методики.

Методика для диагностики МПЗ, которая представлена ниже, сконструирована на основе теоретических исследований Г. Келлермана и Р. Плутчика. Предварительная работа по сбору нормативных данных, адаптации текста и других элементов LSI была выполнена Е.Б. Клубовой (1994 г.). Опросник включает 92 утверждения, при обработке которых учитываются только утвердительные ответы.

Инструкция: Внимательно прочитайте приведенные ниже утверждения, описывающие чувства, поведение и реакции людей в определенных жизненных ситуациях, и если они имеют к Вам отношение, то отметьте соответствующие номера знаком «+».

Текст опросника

1. Со мной ладить очень легко.
2. Я сплю больше, чем большинство людей, которых я знаю.
3. В моей жизни всегда был человек, на которого мне хотелось быть похожим.
4. Если меня лечат, то я стараюсь узнать, какова цель каждого действия.
5. Если я чего-то хочу, то не могу дождаться момента, когда мое желание сбудется.
6. Я легко краснею.
7. Одно из самых больших моих достоинств – это умение владеть собой.
8. Иногда у меня появляется настойчивое желание пробить стену кулаком.
9. Я легко выхожу из себя.
10. Если меня в толпе кто-нибудь толкнет, то я готов его убить.
11. Я редко запоминаю свои сны.
12. Меня раздражают люди, которые командуют другими.
13. Я часто бываю не в своей тарелке.
14. Я считаю себя исключительно справедливым человеком.
15. Чем больше я приобретаю вещей, тем становлюсь счастливее.
16. В своих мечтах я всегда в центре внимания окружающих.
17. Меня расстраивает даже мысль о том, что мои домочадцы могут разгуливать дома без одежды.
18. Мне говорят, что я хвостун.
19. Если кто-то меня отвергает, то у меня может появиться мысль о самоубийстве.
20. Почти все мною восхищаются.
21. Бывает так, что я в гневе что-нибудь ломаю или бью.

22. Меня очень раздражают люди, которые сплетничают.
23. Я всегда обращаю внимание на лучшую сторону жизни.
24. Я прикладываю много стараний и усилий, чтобы изменить свою внешность.
25. Иногда мне хочется, чтобы атомная бомба уничтожила мир.
26. Я – человек, у которого нет предрассудков.
27. Мне говорят, что я бываю излишне импульсивным.
28. Меня раздражают люди, которые манерничают перед другими.
29. Я очень не люблю недоброжелательных людей.
30. Я всегда стараюсь случайно кого-нибудь не обидеть.
31. Я из тех, кто редко плачет.
32. Пожалуй, я много курю.
33. Мне очень трудно расставаться с тем, что мне принадлежит.
34. Я плохо помню лица.
35. Я иногда занимаюсь онанизмом.
36. Я с трудом запоминаю новые фамилии.
37. Если мне кто-нибудь мешает, то я его не ставлю в известность, а жалуюсь на него другому.
38. Даже если я знаю, что я прав, я готов слушать мнения других людей.
39. Люди мне никогда не надоедают.
40. Я могу с трудом усидеть на месте даже незначительное время.
41. Я мало что могу вспомнить из своего детства.
42. Я длительное время не замечаю отрицательные черты других людей.
43. Я считаю, что не стоит напрасно злиться, а лучше спокойно все обдумать.
44. Другие считают меня излишне доверчивым.
45. Люди, скандалом добивающиеся своих целей, вызывают у меня неприятные чувства.

46. Плохое я стараюсь выбросить из головы.
47. Я никогда не теряю оптимизма.
48. Уезжая путешествовать, я стараюсь все спланировать до мелочей.
49. Иногда я знаю, что сержусь на другого сверх меры.
50. Когда дела идут не так, как мне нужно, я становлюсь мрачным.
51. Когда я спорю, то мне доставляет удовольствие указывать другому на ошибки в его рассуждениях.
52. Я легко принимаю брошенный другим вызов.
53. Меня выводят из равновесия непристойные фильмы.
54. Я огорчаюсь, когда на меня никто не обращает внимания.
55. Другие считают, что я – равнодушный человек.
56. Что-нибудь решив, я часто, тем не менее, в решении сомневаюсь.
57. Если кто-то усомнится в моих способностях, то я из духа противоречия буду показывать свои возможности.
58. Когда я веду машину, то у меня часто возникает желание разбить чужой автомобиль.
59. Многие люди меня выводят из себя своим эгоизмом.
60. Уезжая отдыхать, я часто беру с собой какую-нибудь работу.
61. От некоторых пищевых продуктов меня тошнит.
62. Я грызу ногти.
63. Другие говорят, что я избегаю проблем.
64. Я люблю выпить.
65. Непристойные шутки приводят меня в замешательство.
66. Я иногда вижу сны с неприятными событиями и вещами.
67. Я не люблю карьеристов.
68. Я много говорю неправды.
69. Порнография вызывает у меня отвращение.
70. Неприятности в моей жизни часто бывают из-за моего скверного характера.

71. Больше всего не люблю лицемерных неискренних людей.
72. Когда я разочаровываюсь, то часто впадаю в уныние.
73. Известия о трагических событиях не вызывают у меня волнения.
74. Прикасаясь к чему-либо липкому и скользкому, я испытываю омерзение.
75. Когда у меня хорошее настроение, то я могу вести себя как ребенок.
76. Я думаю, что часто спорю с людьми напрасно по пустякам.
77. Покойники меня не «трогают».
78. Я не люблю тех, кто всегда старается быть в центре внимания.
79. Многие люди вызывают у меня раздражение.
80. Мыться не в своей ванне для меня большая пытка.
81. Я с трудом произношу непристойные слова.
82. Я раздражаюсь, если нельзя доверять другим.
83. Я хочу, чтобы меня считали сексуально привлекательным.
84. У меня такое впечатление, что я никогда не заканчиваю начатое дело.
85. Я всегда стараюсь хорошо одеваться, чтобы выглядеть более привлекательным.
86. Мои моральные правила лучше, чем у большинства моих знакомых.
87. В споре я лучше владею логикой, чем мои собеседники.
88. Люди, лишённые морали, меня отталкивают.
89. Я прихожу в ярость, если кто-то меня заденет.
90. Я часто влюбляюсь.
91. Другие считают, что я излишне объективен.
92. Я остаюсь спокойным, когда вижу окровавленного человека.

Обработка и интерпретация результатов

Восемь эго-защитных процессов формируют восемь отдельных шкал, численные значения которых выводятся из числа положительных ответов на указанные ниже утверждения, разделенных на число утверждений в каждой шкале. Напряженность психологических защит подсчитывается по формуле:

(число «+» / n – число утверждений) x 100%.

Активность определенного механизма защиты от 40 до 60% оценивается как его «активизация», более 60% – как активное использование.

№ п/п	Названия шкал	Номера утверждений	n
1	Вытеснение	6, 11, 31, 34, 36, 41, 55, 73, 77, 92	10
2	Регрессия	2, 5, 9, 13, 27, 32, 35, 40, 50, 54, 62, 64, 68, 70, 72, 75, 84	17
3	Замещение	8, 10, 19, 21, 25, 37, 49, 58, 76, 89	10
4	Отрицание	1, 20, 23, 26, 39, 42, 44, 46, 47, 63, 90	11
5	Проекция	12, 22, 28, 29, 45, 59, 67, 71, 78, 79, 82, 88	12
6	Компенсация	3, 15, 16, 18, 24, 33, 52, 57, 83, 85	10
7	Гиперкомпенсация	17, 53, 61, 65, 66, 69, 74, 80, 81, 86	10
8	Рационализация	4, 7, 14, 30, 38, 43, 48, 51, 56, 60, 87, 91	12

Психозволюционная теория эмоций Роберта Плутчика и структурная теория личности Генри Келлермана предлагают специфическую сеть взаимосвязей между различными уровнями личности: уровнем эмоций, защитой и диспозицией (наследственные предрасположенности к психическим заболеваниям). В теории Г. Келлермана пересекаются психоаналитические и социобиологические концепции, которые отражены в следующих положениях о взаимосвязи защитных механизмов и эмоций. Определенные механизмы защиты предназначены для регуляции определенных эмоций. Существуют восемь основных механизмов защиты, кото-

рые взаимодействуют с восемью основными эмоциями. Восемь основных механизмов защиты проявляют качества полярности и схожести. Существуют механизмы защиты другого типа, участвующие, главным образом, в формировании черт характера (так называемые идентификационные защиты). Основные диагностические типы образованы характерными для них стилями защиты. Личность может пользоваться любой комбинацией механизмов защиты. Все защиты в своей основе имеют механизм подавления, которые первоначально возник для того, чтобы победить чувство страха. Связь между личностными чертами, расстройствами личности и механизмами психологической защиты представлена в таблице ниже.

Предполагаемые взаимосвязи личностных черт, расстройств личности и механизмов защиты

Личностные черты	Расстройства личности	Механизм защиты
Робкий	Пассивно-агрессивный пассивный тип	Вытеснение
Агрессивный	Пассивно-агрессивный агрессивный тип	Замещение
Общительный	Маниакальный тип	Реактивные образования
Унылый	Депрессивный тип	Компенсация
Доверяющий	Истероидный тип	Отрицание
Подозрительный	Параноидный тип	Проекция
Контролирующий	Обсессивно-компульсивный тип	Интеллектуализация
Бесконтрольный	Психопатический тип	Регрессия

Психодиагностическая система Келлермана-Плутчика

Эти исследователи при изучении связи между эмоциями и диагностическими диспозициями исходили из того, что базовый (основной) диагноз, называемый диспозицией, является

унаследованным, и каждая из личностных диспозиций связана как с определенной эмоцией, так и с определенным защитным механизмом. Вместе они образуют систему, структурированную таким образом, что соседние секторы обозначают сходные диспозиции, например, мания и истерия, а противоположные – противоположные, например, мания и депрессия.

Диспозиция мании. Личность этого типа насыщена энергией, ее цель участвовать во всевозможных мероприятиях и проектах. Для нее характерно хорошее отношение к людям, дружелюбие, общительность и гипертрофированная социабельность: преобладающая эмоция – радость, врожденная потребность к избытку приятных стимулов – гедонизм. Защитным механизмом являются реактивные образования (формирования реакций), его целью является только управление поведением. Супер-Эго подавляет привлекательность приятных стимулов, особенно это касается объектов, влечение к которым социально неодобряемо.

Диспозиция истерии. Характерны большая внушаемость, отсутствие критичности, селективное невнимание, преобладающий тип защиты – отрицание. Эмоция принятия и защита отрицанием, являющиеся элементами истерического функционирования, позволяют этому типу идеализировать объект реагирования (например, истерики часто влюбляются, эмоционально незрелая жизненная позиция сводится к полному совпадению собственного «Я» и ролевой позиции).

Агрессивная диспозиция. Поведение прямо противоположно поведению пассивного типа. Основная эмоция – гнев (раздражение), основная защита – замещение, служащая для управления гневом, агрессией. При отсутствии этого механизма такая личность напрямую выражала бы свою агрессивность, что привело бы к возникновению серьезных конфликтов. Этот механизм позволяет направить реакцию агрессии на более безопасный объект.

Диспозиция психопатии. Противоположность обсессивной диспозиции. Выражены потребность оставаться во вне подконтрольном состоянии и необходимость выражения своих импульсов. Защита регрессией дает возможность такой личности для постоянной разрядки импульсов, возвращаясь время от времени к более или менее новым моделям удовлетворения потребностей. Личность этого типа стимулируется чем-либо избыточным из внешней среды, чтобы нейтрализовать внутренний эмоциональный «паралич» и чувство оцепенения, которые возвращают ее к детской незащищенности, а также сама способна неосознанно провоцировать конфликтные ситуации с целью получить этот избыток стимулов. Основная эмоция – удивление.

Депрессивная диспозиция. Личность такого типа все время страдает из-за утраты воображаемого объекта и потери самоуважения. Основная эмоция – печаль. Основной способ защиты – компенсация, направленная на избегание чувства депрессии, компенсация особенно эффективна для поддержания достаточно высокой самооценки. Под влиянием этого механизма происходит выход из состояния подавленности.

Параноидальная диспозиция. Для этого типа личности характерны отсутствие внушаемости, высокая критичность. Преобладающие эмоции – отвращение и неприятие. Основной механизм защиты – проекция. Такая личность, ощущая свою неполноценность, защищается проекцией, которая позволяет ей это не замечать, и объектом критики становится окружающая действительность.

Пассивная диспозиция. Характеристиками этого типа являются инертность, пассивность, избегание, отшельничество, уход в себя, безынициативность, склонность быть зависимым от кого-либо. Основная эмоция – страх, главный механизм защиты – подавление (вытеснение).

Обсессивная диспозиция. У людей такого типа проявля-

ется стремление контролировать окружающую среду, и в качестве средств для этого выступают антиципация и ожидание. Защита осуществляется посредством интеллектуализации, рационализации и сублимации. Развитие обсессивной личности основано на отчуждении от инстинктов и эмоций, для нее характерны совесть, опрятность, стремление придериваться во всем к середине, педантичность в сочетании с неспособностью распознавать человеческие эмоции. За этими чертами скрывается тревога потерять контроль.

Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова

Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний, разработанная В.А. Жмуровым (1988), предназначена для диагностики уровня выраженности (глубины, тяжести) депрессивного состояния человека на момент обследования (главным образом тоскливой или меланхолической депрессии).

Автор методики рассматривает депрессию (от лат. depressio – подавление) как состояние, при котором изменяется отношение человека к жизни и деятельности: человек испытывает печаль, усталость, становится раздражительным, теряет интерес к жизни. Депрессия проявляется в невротических реакциях – в ослаблении тонуса жизни и энергии, в снижении фона настроения, сужении и ограничении контактов с окружающими, наличии чувства безрадостности и одиночества. Депрессия может возникать как реакция на травмирующие события или действие постоянного стресса, но может развиваться и без видимой причины.

При разработке методики и выделении глубины (тяжести, выраженности) депрессивного состояния обследуемого автор учитывал следующие формы психических состояний:

– апатия – состояние безучастности, равнодушия, пол-

ной индифферентности к происходящему, окружающим, своему положению, прошлой жизни, перспективам на будущее. Это стойкое или преходящее тотальное выпадение как высших и социальных чувств, так и врожденных эмоциональных программ;

– гипотимия (сниженное настроение) – аффективная подавленность в виде опечаленности, тоскливости с переживанием потери, безысходности, разочарования, обреченности, ослабления привязанности к жизни. Положительные эмоции при этом поверхностны, истощаемы, могут полностью отсутствовать;

– дисфория («плохо переносу, несу плохое, дурное») – мрачность, озлобленность, враждебность, угрюмое настроение с ворчливостью, брюзжанием, неприязненным отношением к окружающим, вспышками раздражения, гнева, ярости с агрессией и разрушительными действиями;

– растерянность – острое чувство неумения, беспомощности, непонимания самых простых ситуаций и изменений своего психического состояния. Типичны сверхизменчивость, неустойчивость внимания, вопрошающее выражение лица, позы и жесты озадаченного и крайне неуверенного человека;

– тревога – неясное, непонятное самому человеку чувство растущей опасности, предчувствия катастрофы, напряженное ожидание трагического исхода. Эмоциональная энергия действует столь мощно, что возникают своеобразные физические ощущения (внутри все сжалось в комок, натянулось как струна, вот-вот порвется, лопнет и т. д.). Тревога сопровождается двигательным возбуждением, тревожными возгласами, оттенками интонаций, утрированными выразительными актами;

– страх – разлитое состояние, переносимое на все обстоятельства и проецирующееся на все в окружении. Страх так-

же может быть связан с определенными ситуациями, объектами, лицами и выражается переживанием опасности, непосредственной угрозы жизни, здоровью, благополучию, престижу. Может сопровождаться своеобразными физическими ощущениями, свидетельствующими о внутренней концентрации энергии: внутри похолодело, оборвалось, шевелятся волосы, сковало грудь и т. п.

Методика представляет собой опросник из 44 групп суждений. Каждая группа суждений представлена четырьмя вариантами высказываний, из которых испытуемый должен выбрать одно (наиболее предпочитаемое, близкое ему). Результаты обследования подсчитываются путем сложения номеров ответов (порядковый номер ответа – это то количество баллов, которое присуждается за данный ответ). Например, при выборе нулевого варианта ответа на вопрос присуждается 0 баллов, первого варианта – 1 балл, второго – 2 балла, третьего – 3 балла соответственно. Максимальное количество баллов, которое можно набрать по методике – 132. Психологическая интерпретация результатов, исходя из общего количества набранных баллов, представляет информацию об уровне выраженности (глубины, тяжести) депрессивного состояния обследуемого на данный момент. Значимые данные по процедуре разработки и стандартизации методики отсутствуют.

Инструкция: внимательно читайте каждую группу показаний (их 44) и в каждой группе выбирайте подходящий вариант ответа – 0, 1, 2 или 3, обводя его кружочком.

Текст опросника

1)

0. Мое настроение сейчас не более подавлено (печально), чем обычно.

1. Пожалуй, оно более подавлено (печально), чем обычно.

2. Да, оно более подавлено (печально), чем обычно.

3. Мое настроение намного более подавлено (печально), чем обычно.

2)

0. Я чувствую, что у меня нет тоскливого (траурного) настроения.

1. У меня иногда бывает такое настроение.

2. У меня часто бывает такое настроение.

3. Такое настроение бывает у меня постоянно.

3)

0. Я не чувствую себя так, будто я остался(лась) без чего-то очень важного для меня.

1. У меня иногда бывает такое чувство.

2. У меня часто бывает такое чувство.

3. Я постоянно чувствую себя так, будто я остался(лась) без чего-то очень важного для меня.

4)

0. У меня не бывает чувства, будто моя жизнь зашла в тупик.

1. У меня иногда бывает такое чувство.

2. У меня часто бывает такое чувство.

3. Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь зашла в тупик.

5)

0. У меня не бывает чувства, будто я состарился(лась).

1. У меня иногда бывает такое чувство.

2. У меня часто бывает такое чувство.

3. Я постоянно чувствую, будто я состарился(лась).

6)

0. У меня не бывает состояний, когда на душе очень тяжело.

1. У меня иногда бывает такое состояние.

2. У меня часто бывает такое состояние.

3. Я постоянно нахожусь в таком состоянии.

7)

0. Я чувствую себя спокойно за свое будущее, как обычно.

1. Пожалуй, будущее беспокоит меня несколько больше, чем обычно.

2. Будущее беспокоит меня значительно больше, чем обычно.
3. Будущее беспокоит меня намного больше, чем обычно.

8)

0. В своем прошлом я вижу плохого не больше, чем обычно.
1. В своем прошлом я вижу плохого несколько больше, чем обычно.
2. В своем прошлом я вижу плохого значительно больше, чем обычно.
3. В своем прошлом я вижу намного больше плохого, чем обычно.

9)

0. Надежд на лучшее у меня не меньше, чем обычно.
1. Таких надежд у меня несколько меньше, чем обычно.
2. Таких надежд у меня значительно меньше, чем обычно.
3. Надежд на лучшее у меня намного меньше, чем обычно.

10)

0. Я боязлив(а) не более обычного.
1. Я боязлив(а) несколько более обычного.
2. Я боязлив(а) значительно более обычного.
3. Я боязлив(а) намного более обычного.

11)

0. Хорошее меня радует, как и прежде.
1. Я чувствую, что оно радует меня несколько меньше прежнего.
2. Оно радует меня значительно меньше прежнего.
3. Я чувствую, что оно радует меня намного меньше прежнего.

12)

0. У меня нет чувства, что моя жизнь бессмысленна.
1. У меня иногда бывает такое чувство.
2. У меня часто бывает такое чувство.
3. Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь бессмысленна.

13)

- 0. Я обидчив(а) не больше, чем обычно.
- 1. Пожалуй, я несколько более обидчив(а), чем обычно.
- 2. Я обидчив(а) значительно больше, чем обычно.
- 3. Я обидчив(а) намного больше, чем обычно.

14)

- 0. Я получаю удовольствие от приятного, как и раньше.
- 1. Я получаю такого удовольствия несколько меньше, чем раньше.
- 2. Я получаю такого удовольствия значительно меньше, чем раньше.
- 3. Я не получаю теперь удовольствие от приятного.

15)

- 0. Обычно я не чувствую вины, если нет на это причины.
- 1. Иногда я чувствую себя так, будто в чем-то я виноват(а).
- 2. Я часто чувствую себя так, будто в чем-то я виноват(а).
- 3. Я постоянно чувствую себя так, будто в чем-то я виноват(а).

16)

- 0. Если что-то у меня не так, я виню себя не больше обычного.
- 1. Я виню себя за это несколько больше обычного.
- 2. Я виню себя за это значительно больше обычного.
- 3. Если что-то у меня не так, я виню себя намного больше обычного.

17)

- 0. Обычно у меня не бывает ненависти к себе.
- 1. Иногда бывает, что я ненавижу себя.
- 2. Часто бывает так, что я себя ненавижу.
- 3. Я постоянно чувствую, что ненавижу себя.

18)

- 0. У меня не бывает чувства, будто я погряз(ла) в грехах.
- 1. У меня иногда теперь бывает это чувство.
- 2. У меня часто бывает теперь это чувство.
- 3. Это чувство у меня теперь не проходит.

19)

- 0. Я виню себя за проступки других не больше обычного.
- 1. Я виню себя за них несколько больше обычного.
- 2. Я виню себя за них значительно больше обычного.
- 3. За проступки других я виню себя намного больше обычного.

20)

- 0. Состояния, когда все кажется бессмысленным, у меня обычно не бывает.
- 1. Иногда у меня бывает такое состояние.
- 2. У меня часто бывает теперь такое состояние.
- 3. Это состояние у меня теперь не проходит.

21)

- 0. Чувства, что я заслужил(а) кару, у меня не бывает.
- 1. Теперь иногда бывает.
- 2. Оно часто бывает у меня.
- 3. Это чувство у меня теперь практически не проходит.

22)

- 0. Я вижу в себе не меньше хорошего, чем прежде.
- 1. Я вижу в себе несколько меньше хорошего, чем прежде.
- 2. Я вижу в себе значительно меньше хорошего, чем прежде.
- 3. Я вижу в себе намного меньше хорошего, чем прежде.

23)

- 0. Обычно я думаю, что во мне плохого не больше, чем у других.
- 1. Иногда я думаю, что во мне плохого больше, чем у других.
- 2. Я часто так думаю.
- 3. Я постоянно думаю, что плохого во мне больше, чем у других.

24)

- 0. Желания умереть у меня не бывает.
- 1. Это желание у меня иногда бывает.
- 2. Это желание у меня бывает теперь часто.
- 3. Это теперь постоянное мое желание.

25)

- 0. Я не плачу.
- 1. Я иногда плачу.
- 2. Я плачу часто.
- 3. Я хочу плакать, но слез у меня уже нет.

26)

- 0. Я не чувствую, что я раздражителен(на).
- 1. Я раздражителен(на) несколько больше обычного.
- 2. Я раздражителен(на) значительно больше обычного.
- 3. Я раздражителен(на) намного больше обычного.

27)

- 0. У меня не бывает состояний, когда я не чувствую своих эмоций.
- 1. Иногда у меня бывает такое состояние.
- 2. У меня часто бывает такое состояние.
- 3. Это состояние у меня теперь не проходит.

28)

- 0. Моя умственная активность никак не изменилась.
- 1. Я чувствую теперь какую-то «неясность» в своих мыслях.
- 2. Я чувствую теперь, что я сильно «отупел(а)», («в голове мало мыслей»).
- 3. Я совсем ни о чем теперь не думаю («голова пустая»).

29)

- 0. Я не потерял(а) интерес к другим людям.
- 1. Я чувствую, что прежний интерес к людям несколько уменьшился.
- 2. Я чувствую, что мой интерес к людям намного уменьшился.
- 3. У меня совсем пропал интерес к людям («я никого не хочу видеть»).

30)

- 0. Я принимаю решения, как и обычно.
- 1. Мне труднее принимать решения, чем обычно.
- 2. Мне намного труднее принимать решения, чем обычно.
- 3. Я уже не могу сам(а) принять никаких решений.

31)

- 0. Я не менее привлекателен(на), чем обычно.
- 1. Пожалуй, я несколько менее привлекателен(на), чем обычно.
- 2. Я значительно менее привлекателен(на), чем обычно.
- 3. Я чувствую, что я выгляжу теперь просто безобразно.

32)

- 0. Я могу работать, как и обычно.
- 1. Мне несколько труднее работать, чем обычно.
- 2. Мне значительно труднее работать, чем обычно.
- 3. Я совсем не могу теперь работать («все валится из рук»).

33)

- 0. Я сплю не хуже, чем обычно.
- 1. Я сплю несколько хуже, чем обычно.
- 2. Я сплю значительно хуже, чем обычно.
- 3. Теперь я почти совсем не сплю.

34)

- 0. Я устаю не больше, чем обычно.
- 1. Я устаю несколько больше, чем обычно.
- 2. Я устаю значительно больше, чем обычно.
- 3. У меня уже нет никаких сил что-то делать.

35)

- 0. Мой аппетит не хуже обычного.
- 1. Мой аппетит несколько хуже обычного.
- 2. Мой аппетит значительно хуже обычного.
- 3. Аппетита у меня теперь совсем нет.

36)

- 0. Мой вес остается неизменным.
- 1. Я немного похудел(а) в последнее время.
- 2. Я заметно похудел(а) в последнее время.
- 3. В последнее время я очень похудел(а).

37)

- 0. Я дорожу своим здоровьем, как и обычно.
- 1. Я дорожу своим здоровьем меньше, чем обычно.

2. Я дорожусь своим здоровьем значительно меньше, чем обычно.
3. Я совсем не дорожу теперь своим здоровьем.

38)

0. Я интересуюсь сексом, как и прежде.
1. Я несколько меньше интересуюсь сексом, чем прежде.
2. Я интересуюсь сексом значительно меньше, чем прежде.
3. Я полностью потерял(а) интерес к сексу.

39)

0. Я не чувствую, что мое «Я» как-то изменилось.
1. Теперь я чувствую, что мое «Я» несколько изменилось.
2. Теперь я чувствую, что мое «Я» значительно изменилось.
3. Мое «Я» так изменилось, что теперь я не узнаю себя сам(а).

40)

0. Я чувствую боль, как и обычно.
1. Я чувствую боль сильнее, чем обычно.
2. Я чувствую боль слабее, чем обычно.
3. Я почти не чувствую теперь боли.

41)

0. Некоторые расстройства (сухость во рту, сердцебиение, запоры, удушье) у меня бывают не чаще, чем обычно.
1. Эти расстройства бывают у меня несколько чаще обычного.
2. Некоторые из этих расстройств бывают у меня значительно чаще обычного.
3. Эти расстройства бывают у меня намного чаще обычного.

42)

0. Утром мое настроение обычно не хуже, чем к ночи.
1. Утром оно у меня несколько хуже, чем к ночи.
2. Утром оно у меня значительно хуже, чем к ночи.
3. Утром мое настроение намного хуже, чем к ночи.

43)

0. У меня не бывает спадов настроения весной (осенью).
1. Такое однажды со мной было.
2. Со мной такое было два или три раза.
3. Со мной было такое много раз.

44)

0. Плохое настроение у меня бывает, но это длится недолго.
1. Подавленное настроение у меня может длиться по неделе, до месяца.
 2. Подавленное настроение у меня может длиться месяцами.
 3. Подавленное настроение у меня может длиться до года и больше.

Обработка и интерпретация данных

Определяется сумма отмеченных номеров ответов (они одновременно являются баллами). Интерпретация полученных данных позволяет судить о выраженности (тяжести) депрессивного состояния обследуемого:

1-9 – депрессия отсутствует, либо незначительна;

10-24 – депрессия минимальна;

25-44 – легкая депрессия;

45-67 – умеренная депрессия;

68-87 – выраженная депрессия;

88 и более баллов – глубокая депрессия.

Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге

Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге (The Zung self-rating depression scale, 1965, адаптация Т.И. Балашовой) – опросник, разработанный для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики.

Опросник представляет собой перечень из 20 высказываний, по которым обследуемый должен оценить свое состояние, используя рейтинговую шкалу (от «никогда/изредка» до «почти всегда/постоянно»). Обследуемый отмечает ответы на бланке. Ответы обрабатываются по ключу, затем

по формуле вычисляется уровень выраженности депрессии. Полное обследование с обработкой результатов занимает 20-30 минут. Значимые данные по процедуре разработки и стандартизации методики отсутствуют.

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не раздумывайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Ответы: 1 – никогда или изредка, 2 – иногда, 3 – часто, 4 – почти всегда или постоянно.

Бланк опросника

1. Я ощущаю подавленность	1	2	3	4
2. Утром я чувствую себя лучше всего	1	2	3	4
3. У меня бывают периоды плача или близости к слезам	1	2	3	4
4. У меня плохой ночной сон	1	2	3	4
5. Аппетит у меня не хуже обычного	1	2	3	4
6. Мне приятно смотреть на привлекательных женщин (мужчин), разговаривать с ними, находиться рядом	1	2	3	4
7. Я замечаю, что теряю вес	1	2	3	4
8. Меня беспокоят запоры	1	2	3	4
9. Сердце бьется быстрее, чем обычно	1	2	3	4
10. Я устаю без всяких причин	1	2	3	4
11. Я мыслю так же ясно, как всегда	1	2	3	4
12. Мне легко делать то, что я умею	1	2	3	4
13. Я чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте	1	2	3	4
14. У меня есть надежды на будущее	1	2	3	4
15. Я более раздражителен, чем обычно	1	2	3	4
16. Мне легко принимать решения	1	2	3	4
17. Я чувствую, что полезен и необходим	1	2	3	4
18. Я живу достаточно полной жизнью	1	2	3	4
19. Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру	1	2	3	4
20. Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	1	2	3	4

Обработка и интерпретация результатов

Уровень депрессии (УД) рассчитывается по формуле:

$$\text{УД} = \sum_{\text{пр.}} + \sum_{\text{обр.}},$$

где $\sum_{\text{пр.}}$ – сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19, а $\sum_{\text{обр.}}$ – сумма цифр, «обратных» к зачеркнутым высказываниям № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Например, если у высказывания № 1 зачеркнута цифра 1, то ответу присуждается 1 балл (если цифра 2 – 2 балла, цифра 3 – 3 балла, цифра 4 – 4 балла, соответственно). Однако зачеркнутая цифра 1 у высказывания № 2 получит 4 балла (цифра 2 – 3 балла, цифра 3 – 2 балла, цифра 4 – 1 балл соответственно).

В результате обработки результатов методики получается УД, который колеблется от 20 до 80 баллов.

Если УД не более 50 баллов, то диагностируется состояние *без депрессии*.

Если УД от 51 до 59 баллов, делается вывод о *легкой депрессии ситуативного или невротического характера*.

При показателе УД от 60 до 69 баллов диагностируется *субдепрессивное состояние или замаскированная депрессия*.

При УД более 70 баллов диагностируется *истинное депрессивное состояние*.

Опросник СОП

Цель: диагностика склонности к отклоняющемуся поведению.

Опросник СОП (методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению, автор А.Н. Орел) является стандартизированным тест-опросником, предназначенным для измерения готовности (склонности) подростков к реализации различных форм отклоняющегося поведения. Методика предполагает учет и коррекцию установки на социально же-

лательные ответы испытуемых, имеет женский и мужской варианты.

Шкалы опросника делятся на содержательные и служебную. Содержательные шкалы направлены на измерение психологического содержания комплекса связанных между собой форм девиантного поведения, то есть социальных и личностных установок, стоящих за этими поведенческими проявлениями. Служебная шкала предназначена для измерения предрасположенности испытуемого давать о себе социально-одобряемую информацию, оценки достоверности результатов опросника в целом, а также для коррекции результатов по содержательным шкалам в зависимости от выраженности установки испытуемого на социально-желательные ответы.

Инструкция. Перед вами имеется ряд утверждений. Они касаются некоторых сторон вашей жизни, вашего характера, привычек. Прочтите первое утверждение и решите, верно ли данное утверждение по отношению к вам. Если верно, то на бланке ответов рядом с номером, соответствующим утверждению, поставьте «+». Если оно неверно, то поставьте «-». Если вы затрудняетесь ответить, то постарайтесь выбрать вариант ответа, который все-таки больше соответствует вашему мнению. Помните, что вы высказываете собственное мнение о себе в настоящий момент. Здесь не может быть «плохих» или «хороших», «правильных» или «неправильных» ответов. Долго не обдумывайте ответы, важна ваша первая реакция на содержание утверждений. Отнеситесь к работе внимательно и серьезно.

Текст опросника (мужской вариант)

1. Я предпочитаю одежду неярких, приглушенных тонов.
2. Бывает, что я откладываю на завтра то, что должен сделать сегодня.
3. Я охотно записался бы добровольцем для участия в каких-либо боевых действиях.

4. Бывает, что иногда я ссорюсь с родителями.
5. Тот, кто в детстве не дрался, вырастает маменькиным сыночком и ничего не может добиться в жизни.
6. Я бы взялся за опасную для жизни работу, если бы за нее хорошо платили.
7. Иногда я ощущаю такое сильное беспокойство, что просто не могу усидеть на месте.
8. Иногда бывает, что я немного хвастаюсь.
9. Если бы мне пришлось стать военным, то я хотел бы быть летчиком-истребителем.
10. Я ценю в людях осторожность и осмотрительность.
11. Только слабые и трусливые люди выполняют все правила и законы.
12. Я предпочел бы работу, связанную с переменами и путешествиями.
13. Я всегда говорю только правду.
14. Если человек в меру и без вредных последствий употребляет возбуждающие и влияющие на психику вещества – это вполне нормально.
15. Даже если я злюсь, то стараюсь не прибегать к ругательствам.
16. Я думаю, что мне бы понравилось охотиться на львов.
17. Если меня обидели, то я обязательно должен отомстить.
18. Человек должен иметь право выпивать столько, сколько он хочет.
19. Если мой приятель опаздывает к назначенному времени, то я обычно сохраняю спокойствие.
20. Мне обычно затрудняет работу требование сделать ее к определенному сроку.
21. Иногда я перехожу улицу там, где мне удобно, а не там, где положено.
22. Некоторые правила и запреты можно отбросить, если испытываешь сильное сексуальное (половое) влечение.

23. Я иногда не слушаюсь родителей.
24. Если при покупке автомобиля мне придется выбирать между скоростью и безопасностью, то я выберу безопасность.
25. Я думаю, что мне понравилось бы заниматься боксом.
26. Если бы я мог свободно выбирать профессию, то стал бы дегустатором вин.
27. Я часто испытываю потребность в острых ощущениях.
28. Иногда мне так и хочется сделать себе больно.
29. Мое отношение к жизни хорошо описывает пословица: «Семь раз отмерь, один раз отрежь».
30. Я всегда покупаю билеты в общественном транспорте.
31. Среди моих знакомых есть люди, которые пробовали одурманивающие токсические вещества.
32. Я всегда выполняю обещания, даже если мне это невыгодно.
33. Бывает, что мне так и хочется выругаться.
34. Правы люди, которые в жизни следуют пословице «Если нельзя, но очень хочется, то можно».
35. Бывало, что я случайно попадал в драку после употребления спиртных напитков.
36. Мне редко удается заставить себя продолжать работу после ряда обидных неудач.
37. Если бы в наше время проводились бы бои гладиаторов, то я бы обязательно в них поучаствовал.
38. Бывает, что иногда я говорю неправду.
39. Терпеть боль назло всем бывает даже приятно.
40. Я лучше соглашусь с человеком, чем стану спорить.
41. Если бы я родился в давние времена, то стал бы благородным разбойником.
42. Если нет другого выхода, то спор можно разрешить и дракой.
43. Бывали случаи, когда мои родители, другие взрослые

высказывали беспокойство по поводу того, что я немного выпил.

44. Одежда должна с первого взгляда выделять человека среди других в толпе.
45. Если в кинофильме нет ни одной приличной драки – это плохое кино.
46. Когда люди стремятся к новым необычным ощущениям и переживаниям – это нормально.
47. Иногда я скучаю на уроках.
48. Если меня кто-то случайно задел в толпе, то я обязательно потребую от него извинений.
49. Если человек раздражает меня, то готов высказать ему все, что я о нем думаю.
50. Во время путешествий и поездок я люблю отклоняться от обычных маршрутов.
51. Мне бы понравилась профессия дрессировщика хищных зверей.
52. Если уж ты сел за руль мотоцикла, то стоит ехать только очень быстро.
53. Когда я читаю детектив, то мне часто хочется, чтобы преступник ушел от преследования.
54. Иногда я просто не могу удержаться от смеха, когда слышу неприличную шутку.
55. Я стараюсь избегать в разговоре выражений, которые могут смутить окружающих.
56. Я часто огорчаюсь из-за мелочей.
57. Когда мне возражают, я часто взрываюсь и отвечаю резко.
58. Мне больше нравится читать о приключениях, чем о любовных историях.
59. Чтобы получить удовольствие, стоит нарушить некоторые правила и запреты.
60. Мне нравится бывать в компаниях, где в меру выпивают и веселятся.

61. Меня раздражает, когда девушки курят.
62. Мне нравится состояние, которое наступает, когда в меру и в хорошей компании выпьешь.
63. Бывало, что у меня возникало желание выпить, хотя я понимал, что сейчас не время и не место.
64. Сигарета в трудную минуту меня успокаивает.
65. Мне легко заставить других людей бояться меня, и иногда ради забавы я это делаю.
66. Я смог бы своей рукой казнить преступника, справедливо приговоренного к высшей мере наказания.
67. Удовольствие – это главное, к чему стоит стремиться в жизни.
68. Я хотел бы поучаствовать в автомобильных гонках.
69. Когда у меня плохое настроение, ко мне лучше не подходить.
70. Иногда у меня бывает такое настроение, что я готов первым начать драку.
71. Я могу вспомнить случаи, когда я был таким злым, что хватал первую попавшуюся под руку вещь и ломал ее.
72. Я всегда требую, чтобы окружающие уважали мои права.
73. Мне понравилось бы прыгать с парашютом.
74. Вредное воздействие на человека алкоголя и табака сильно преувеличивают.
75. Я редко даю сдачи, даже если кто-то ударит меня.
76. Я не получаю удовольствия от ощущения риска.
77. Когда человек в пылу спора прибегает к «сильным» выражениям – это нормально.
78. Я часто не могу сдерживать свои чувства.
79. Бывало, что я опаздывал на уроки.
80. Мне нравятся компании, где все подшучивают друг над другом.
81. Секс должен занимать в жизни молодежи одно из главных мест.

82. Часто я не могу удержаться от спора, если кто-то не согласен со мной.
83. Иногда случалось, что я не выполнял домашнее задание.
84. Я часто совершаю поступки под влиянием минутного настроения.
85. Мне кажется, что я не способен ударить человека.
86. Люди справедливо возмущаются, когда узнают, что преступник остался безнаказанным.
87. Бывает, что мне приходится скрывать от взрослых некоторые свои поступки.
88. Наивные простаки сами заслуживают того, чтобы их обманывали.
89. Иногда я бываю так раздражен, что стучу по столу кулаком.
90. Только неожиданные обстоятельства и чувство опасности позволяют мне по-настоящему проявить себя.
91. Я бы попробовал какое-нибудь одурманивающее вещество, если бы твердо знал, что это не повредит моему здоровью и не повлечет наказания.
92. Когда я стою на мосту, то меня иногда так и тянет прыгнуть вниз.
93. Всякая грязь меня пугает или вызывает сильное отвращение.
94. Когда я злюсь, то мне хочется кого-нибудь ударить.
95. Я считаю, что люди должны полностью отказаться от употребления спиртных напитков.
96. Я бы мог на спор влезть на высокую фабричную трубу.
97. Временами я не могу справиться с желанием причинить боль другим людям.
98. Я мог бы после небольших предварительных объяснений управлять вертолетом.

Обработка и интерпретация результатов

Мужской вариант опросника имеет семь шкал. При обработке результатов подсчитывается количество совпадений с ключом (1 балл за каждое совпадение) и сумма баллов по каждой шкале.

1) *Шкала установки на социально-желательные ответы* (максимум 15 баллов): № 2 (нет), 4 (нет), 6 (нет), 13 (да), 21 (нет), 23 (нет), 30 (да), 32 (да), 33 (нет), 38 (нет), 47 (нет), 54 (нет), 79 (нет), 83 (нет), 87 (нет).

2) *Шкала склонности к преодолению норм и правил* (максимум 17 баллов): № 1 (нет), 10 (нет), 11 (да), 22 (да), 34 (да), 41 (да), 44 (да), 50 (да), 53 (да), 55 (нет), 59 (да), 61 (нет), 80 (да), 86 (нет), 88 (да), 91 (да), 93 (нет).

3) *Шкала склонности к аддиктивному поведению* (максимум 20 баллов): № 14 (да), 18 (да), 22 (да), 26 (да), 27 (да), 31 (да), 34 (да), 35 (да), 43 (да), 46 (да), 59 (да), 60 (да), 62 (да), 63 (да), 64 (да), 67 (да), 74 (да), 81 (да), 91 (да), 95 (нет).

4) *Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению* (максимум 21 балл): № 3 (да), 6 (да), 9 (да), 12 (да), 16 (да), 24 (нет), 27 (да), 28 (да), 37 (да), 39 (да), 51 (да), 52 (да), 58 (да), 68 (да), 73 (да), 76 (нет), 90 (да), 91 (да), 92 (да), 96 (да), 98 (да).

5) *Шкала склонности к агрессии и насилию* (максимум 25 баллов): № 3 (да), 5 (да), 15 (нет), 16 (да), 17 (да), 25 (да), 37 (да), 40 (нет), 42 (да), 45 (да), 48 (да), 49 (да), 51 (да), 65 (да), 66 (да), 70 (да), 71 (да), 72 (да), 75 (нет), 77 (да), 82 (да), 85 (нет), 89 (да), 94 (да), 97 (да).

6) *Шкала волевого контроля эмоциональных реакций* (максимум 15 баллов): № 7 (да), 19 (да), 20 (да), 29 (нет), 36 (да), 49 (да), 56 (да), 57 (да), 69 (да), 70 (да), 71 (да), 78 (да), 84 (да), 89 (да), 94 (да).

7) *Шкала склонности к деликвентному поведению* (максимум 20 баллов): № 18 (да), 26 (да), 31 (да), 34 (да), 35 (да), 42 (да), 43 (да), 44 (да), 48 (да), 52 (да), 55 (нет), 61 (нет), 62 (да), 63 (да), 64 (да), 67 (да), 74 (да), 86 (нет), 91 (да), 94 (да).

После подсчета первичных («сырых») баллов осуществляется их перевод в стандартные Т-баллы. В том случае, если у пользователя имеются набранные им специализированные тестовые нормы, то перевод в стандартные Т-баллы производится по формуле:

$$T = (10 \times (X_i - M) / (S + 50)),$$

где X_i – первичный («сырой») балл по шкале;

M – среднее значение первичного суммарного балла по шкале в выборке стандартизации; S – стандартное отклонение значений первичных баллов в выборке стандартизации.

При необходимости суммарные баллы по шкалам подвергаются коррекции в связи с действием фактора социальной желательности (шкала № 1). Варианты коэффициентов коррекции в зависимости от значений «сырого» балла по шкале № 1 для мужского варианта, если первичный балл по шкале № 1 меньше или равен 6 баллам:

№ шкалы	для «обычных» испытуемых	для «делинквентных» испытуемых	для тех и других
2	0,3	0,3	0,7
3	0,3	0,5	0,6
4	0,2	0,3	0,4
5	0,2	0,2	0,5
6	0,3	0,3	0,3
7	0,2	0,5	0,5

Варианты коэффициентов коррекции в зависимости от значений «сырого» балла по шкале № 1 для женского варианта методики:

№ шкалы	для «обычных» испытуемых	для «делинквентных» испытуемых
2	0,4	0,4
3	0,4	0,4
4	0,2	0,3
5	0,3	0,4
6	0,5	0,5
7	0,4	0,5

Тестовые нормы для СОП

шкалы	Нормальная выборка	
	M	S
1	2,27	2,06
2	7,73	2,88
3	9,23	4,59
4	10,36	3,41
5	12,47	4,23
6	8,04	3,29
7	7,17	4,05

Таблица норм при переводе «сырых» баллов в Т-баллы

Сырой балл	Т-баллы по шкалам № 1-7						
	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	8
0	35		26				30
1	44	27	28	24	24	26	32
2	50	31	30	26	27	30	34
3	55	34	33	29	29	33	37
4	58	37	35	32	31	37	39
5	62	40	37	35	34	40	41
6	65	43	39	37	36	44	43
7	67	46	42	40	39	48	46
8	70	50	44	43	41	51	48
9	74	53	46	45	43	55	50
10	85	56	48	48	46	58	53
11	89	59	50	51	48	62	55
12		63	53	54	51	65	57
13		66	55	56	53	69	59
14		69	57	59	55	73	62
15		72	59	62	58	77	64
16		75	62	64	60	81	66
17		78	64	67	62	85	68
18		81	66	70	65		71
19		84	68	72	67		73
20		87	70	75	70		75
21		90	72	78	72		77

1	2	3	4	5	6	7	8
22			74	81	74		79
23			76	84	77		81
24			78	87	79		83
25			80	90	81		85
26			82		83		87
27			84		85		
28					87		
29					89		

Описание шкал и их интерпретация

1) *Шкала установки на социальную желательность (служебная шкала)*. Данная шкала предназначена для измерения готовности испытуемого представлять себя в наиболее благоприятном свете с точки зрения социальной желательности. Показатели от 50 до 60 Т-баллов свидетельствуют об умеренной тенденции давать при заполнении опросника социально-желательные ответы. Показатели свыше 60 баллов свидетельствуют о тенденции испытуемого демонстрировать строгое соблюдение даже малозначительных социальных норм, умышленном стремлении показать себя в лучшем свете, о настороженности по отношению к ситуации обследования. Результаты, находящиеся в диапазоне 70-89 баллов, говорят о высокой настороженности испытуемого по отношению к психодиагностической ситуации и о сомнительной достоверности результатов по основным шкалам. О восприятии ситуации как экспертной одновременно с умеренно высокими показателями по шкале № 1 также свидетельствует их резкое понижение по основным диагностическим шкалам и повышение по шкале женской социальной роли. Для мужской популяции превышение суммарного первичного балла по шкале социальной желательности значения 11 свидетельствует о недостоверности результатов по основным шкалам. Показатели ниже 50 Т-баллов говорят о том, что испытуемый

не склонен скрывать собственные нормы и ценности, корректировать свои ответы в направлении социальной желательности.

Отмечено также, что младшие подростки (14 лет и младше) не способны длительное время следовать установке на социально-желательные ответы. Одновременно высокие показатели по служебной шкале и по основным шкалам (кроме шкалы 8) свидетельствуют либо о сомнительной достоверности результатов, либо о диссоциации в сознании испытуемого известных ему и реальных норм поведения.

2) *Шкала склонности к преодолению норм и правил.* Данная шкала предназначена для измерения предрасположенности испытуемого к преодолению каких-либо норм и правил, склонности к отрицанию общепринятых норм и ценностей, образцов поведения. Результаты, лежащие в диапазоне 50-60 Т-баллов, свидетельствуют о выраженности вышеуказанных тенденций, о неконформистских установках испытуемого, о его склонности противопоставлять собственные нормы и ценности групповым, о тенденции «нарушать спокойствие», искать трудности, которые можно было бы преодолеть.

Показатели, находящиеся в диапазоне 60-70 Т-баллов, свидетельствуют о чрезвычайной выраженности неконформистских тенденций, проявлении негативизма и заставляют сомневаться в достоверности результатов тестирования по данной шкале. Результаты ниже 50 Т-баллов по данной шкале свидетельствуют о конформных установках испытуемого, склонности следовать стереотипам и общепринятым нормам поведения. В некоторых случаях при условии сочетания с достаточно высоким интеллектуальным уровнем испытуемого и тенденции скрывать свои реальные нормы и ценности такие оценки могут отражать фальсификацию результатов.

3) *Шкала склонности к аддиктивному поведению.* Данная шкала предназначена для измерения готовности реализовать аддиктивное поведение. Результаты в диапазоне 50-70 Т-баллов по данной шкале свидетельствуют о предрасположенности испытуемого к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния, о склонностях к иллюзорно-компенсаторному способу решения личностных проблем. Кроме того, эти результаты свидетельствуют об ориентации на чувственную сторону жизни, о наличии «сенсорной жажды», о гедонистически ориентированных нормах и ценностях.

Показатели свыше 70 Т-баллов свидетельствуют о сомнительности результатов либо о наличии выраженной психологической потребности в аддиктивных состояниях, что необходимо выяснять, используя дополнительные психодиагностические средства. Показатели ниже 50 Т-баллов свидетельствуют либо о невыраженности вышеперечисленных тенденций, либо о хорошем социальном контроле поведенческих реакций.

4) *Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению.* Данная шкала предназначена для измерения готовности реализовать различные формы аутоагрессивного поведения. Объект измерения, очевидно, частично пересекается с психологическими свойствами, измеряемыми шкалой № 3. Результаты, находящиеся в диапазоне 50-70 Т-баллов по шкале №4, свидетельствуют о низкой ценности собственной жизни, склонности к риску, выраженной потребности в острых ощущениях, о садомазохистских тенденциях. Результаты свыше 70 Т-баллов свидетельствуют о сомнительной достоверности результатов. Показатели ниже 50 Т-баллов по данной шкале свидетельствуют об отсутствии готовности к реализации саморазрушающего поведения, об отсутствии тенденции к соматизации тревоги, от-

сутствии склонности к реализации комплексов вины в поведенческих реакциях.

5) *Шкала склонности к агрессии и насилию.* Данная шкала предназначена для измерения готовности испытуемого к реализации агрессивных тенденций в поведении. Показатели, лежащие в диапазоне 50-60 Т-баллов, свидетельствуют о наличии агрессивных тенденций у испытуемого. Показатели, находящиеся в диапазоне 60-70 Т-баллов, свидетельствуют об агрессивной направленности личности во взаимоотношениях с другими людьми, о склонности решать проблемы посредством насилия, о тенденции использовать унижение партнера по общению как средство стабилизации самооценки, о наличии садистических тенденций.

Показатели свыше 70 Т-баллов говорят о сомнительной достоверности результатов. Показатели, лежащие ниже 50 Т-баллов, свидетельствуют о невыраженности агрессивных тенденций, о неприемлемости насилия как средства решения проблем, о нетипичности агрессии как способа выхода из фрустрирующей ситуации. Низкие показатели по данной шкале в сочетании с высокими показателями по шкале социальной желательности свидетельствуют о высоком уровне социального контроля поведенческих реакций.

6) *Шкала волевого контроля эмоциональных реакций.* Данная шкала предназначена для измерения склонности испытуемого контролировать поведенческие проявления эмоциональных реакций (Внимание! Эта шкала имеет обратный характер!). Показатели, лежащие в пределах 60-70 Т-баллов, свидетельствуют о слабости волевого контроля эмоциональной сферы, о нежелании или неспособности контролировать поведенческие проявления эмоциональных реакций. Кроме того, это свидетельствует о склонности реализовывать негативные эмоции непосредственно в поведении, без задержки, о несформированности волевого контроля своих потребно-

стей и чувственных влечений. Показатели ниже 50 Т-баллов по данной шкале свидетельствуют о невыраженности этих тенденций, о жестком самоконтроле любых поведенческих эмоциональных реакций, чувственных влечений.

7) *Шкала склонности к делинквентному поведению.* Название шкалы носит условный характер, так как шкала сформирована из утверждений, дифференцирующих «обычных» подростков и лиц с зафиксированными правонарушениями, вступавших в конфликт с общепринятым образом жизни и правовыми нормами. Данная шкала измеряет готовность (предрасположенность) подростков к реализации делинквентного поведения. Выражаясь метафорически, шкала выявляет «делинквентный потенциал», который лишь при определенных обстоятельствах может реализоваться в жизни подростка.

Результаты, находящиеся в диапазоне 50-60 Т-баллов, свидетельствуют о наличии делинквентных тенденций у испытуемого и о низком уровне социального контроля. Результаты выше 60 Т-баллов свидетельствуют о высокой готовности к реализации делинквентного поведения. Результаты ниже 50 Т-баллов говорят о невыраженности указанных тенденций, что в сочетании с высокими показателями по шкале социальной желательности может свидетельствовать о высоком уровне социального контроля.

Необходимо также учитывать, что содержание и структура делинквентного поведения у юношей и девушек существенно отличаются, и, соответственно, различаются пункты, входящие в шкалу делинквентности для женского и мужского видов методики.

Текст опросника, (женский вариант)

Инструкция: Оцените данные утверждения относительно себя, используя ответы «верно» («+») или «неверно» («-»).

1. Я стремлюсь в одежде следовать самой современной моде или даже опережать ее.

2. Бывает, что я откладываю на завтра то, что должна сделать сегодня.
3. Если бы была такая возможность, то я бы с удовольствием пошла служить в армию.
4. Бывает, что иногда я ссорюсь с родителями.
5. Чтобы добиться своего, девушка иногда может и подражаться.
6. Я бы взялась за опасную для здоровья работу, если бы за нее хорошо платили.
7. Иногда я ощущаю такое сильное беспокойство, что просто не могу усидеть на месте.
8. Я иногда люблю немного посплетничать.
9. Мне нравятся профессии, связанные с риском для жизни.
10. Мне нравится, когда моя одежда и внешний вид раздражают людей старшего поколения.
11. Только глупые и трусливые люди выполняют все правила и законы.
12. Я предпочла бы работу, связанную с переменами и путешествиями, даже если она и опасна для жизни.
13. Я всегда говорю только правду.
14. Если человек в меру и без вредных последствий употребляет возбуждающие и влияющие на психику вещества – это нормально.
15. Даже если я злюсь, то стараюсь никого не ругать.
16. Я с удовольствием смотрю боевики.
17. Если меня обидели, то я обязательно должна отомстить.
18. Человек должен иметь право выпивать, сколько он хочет, и где он хочет.
19. Если моя подруга опаздывает к назначенному времени, то я обычно сохраняю спокойствие.
20. Мне часто бывает трудно сделать работу к точно определенному сроку.

21. Иногда я перехожу улицу там, где мне удобнее, а не там, где положено.
22. Некоторые правила и запреты можно отбросить, если чего-нибудь сильно захочешь.
23. Бывало, что я не слушалась родителей.
24. В автомобиле я больше ценю безопасность, чем скорость.
25. Я думаю, что мне бы понравилось заниматься каратэ или похожим видом спорта.
26. Мне бы понравилась работа официантки в ресторане.
27. Я часто испытываю потребность в острых ощущениях.
28. Иногда мне так и хочется сделать себе больно.
29. Мое отношение к жизни хорошо описывает пословица: «Семь раз отмерь, один раз отрежь».
30. Я всегда плачу за проезд в общественном транспорте.
31. Среди моих знакомых есть люди, которые пробовали одурманивающие токсические вещества.
32. Я всегда выполняю обещания, даже если мне это невыгодно.
33. Бывает, что мне так и хочется мысленно выругаться.
34. Правы люди, которые в жизни следуют пословице: «Если нельзя, но очень хочется, то можно».
35. Бывало, что я случайно попадала в неприятную историю после употребления спиртных напитков.
36. Я часто не могу заставить себя продолжать какое-либо занятие после обидной неудачи.
37. Многие запреты в области секса старомодны, и их можно отбросить.
38. Бывает, что иногда я говорю неправду.
39. Терпеть боль назло всем бывает даже приятно.
40. Я лучше соглашусь с человеком, чем стану спорить.
41. Если бы я родилась в давние времена, то стала бы благородной разбойницей.

42. Добиваться победы в споре нужно любой ценой.
43. Бывали случаи, когда мои родители или другие люди высказывали беспокойство по поводу того, что я немного выпила.
44. Одежда должна с первого взгляда выделять человека среди других в толпе.
45. Если в кинофильме нет ни одной приличной драки, это плохое кино.
46. Когда люди стремятся к новым необычным ощущениям и переживаниям – это нормально.
47. Бывает, что я скучаю на уроках.
48. Если меня кто-то случайно задел в толпе, то я обязательно потребую от него извинений.
49. Если человек раздражает меня, то готова высказать ему все, что я о нем думаю.
50. Во время путешествий и поездок я люблю отклоняться от обычных маршрутов.
51. Мне бы понравилась профессия дрессировщицы хищных зверей.
52. Мне нравится ощущать скорость при быстрой езде на автомобиле и мотоцикле.
53. Когда я читаю детектив, то мне часто хочется, чтобы преступник ушел от преследования.
54. Бывает, что я с интересом слушаю неприличный, но смешной анекдот.
55. Мне нравится иногда смущать и ставить в неловкое положение окружающих.
56. Я часто огорчаюсь из-за мелочей.
57. Когда мне возражают, я часто взрываюсь и отвечаю резко.
58. Мне нравится слушать или читать о кровавых преступлениях или о катастрофах.
59. Чтобы получить удовольствие, стоит нарушить некоторые правила и запреты.

60. Мне нравится бывать в компаниях, где в меру выпивают и веселятся.
61. Я считаю вполне нормальным, если девушка курит.
62. Мне нравится состояние, которое наступает, когда в меру и в хорошей компании выпьешь.
63. Бывало, что у меня возникало желание выпить, хотя я понимала, что сейчас не время и не место.
64. Сигарета в трудную минуту меня успокаивает.
65. Некоторые люди побаиваются меня.
66. Я бы хотела присутствовать при казни преступника, справедливо приговоренного к высшей мере наказания.
67. Удовольствие – это главное, к чему стоит стремиться в жизни.
68. Если бы я могла, то с удовольствием поучаствовала бы в автомобильных гонках.
69. Когда у меня плохое настроение, ко мне лучше не подходить.
70. Иногда у меня бывает такое настроение, что я готова первой начать драку.
71. Я могу вспомнить случай, когда я настолько разозлилась, что хватала первую попавшуюся под руки вещь и ломала ее.
72. Я всегда требую, чтобы окружающие уважали мои права.
73. Мне бы хотелось из любопытства прыгнуть с парашютом.
74. Вредное воздействие на человека алкоголя и табака сильно преувеличивают.
75. Счастливы те, кто умирают молодыми.
76. Я получаю удовольствие, когда немного рискую.
77. Когда человек в пылу спора прибегает к ругательствам, это допустимо.
78. Я часто не могу сдерживать свои чувства.
79. Бывало, что я опаздывала на уроки.

80. Мне нравятся компании, где все подшучивают друг над другом.
81. Секс должен занимать в жизни молодежи одно из главных мест.
82. Часто я не могу удержаться от спора, если кто-то не согласен со мной.
83. Иногда случалось, что я не выполняла школьное домашнее задание.
84. Я часто совершаю поступки под влиянием минутного настроения.
85. Бывают случаи, когда я могу ударить человека.
86. Люди справедливо возмущаются, когда узнают, что преступник остался безнаказанным.
87. Бывает, что мне приходится скрывать о взрослых некоторые свои поступки.
88. Наивные простаки сами заслуживают того, чтобы их обманывали.
89. Иногда я бываю так раздражена, что громко кричу.
90. Только неожиданные и опасные обстоятельства позволяют мне по-настоящему проявить себя.
91. Я бы попробовала какое-нибудь одурманивающее вещество, если бы твердо знала, что это не повредит моему здоровью и не повлечет наказания.
92. Когда я стою на мосту, то меня так и тянет прыгнуть вниз.
93. Всякая грязь меня пугает или вызывает сильное отвращение.
94. Когда я злюсь, то мне хочется громко обругать виновника моих неприятностей.
95. Я считаю, что люди должны отказаться от всякого употребления спиртных напитков.
96. Я бы с удовольствием покаталась на горных лыжах с крутого склона.
97. Иногда, если кто-то причиняет мне боль, то это бывает даже приятно.

98. Я бы с удовольствием занималась в бассейне прыжками с вышки.
99. Мне иногда не хочется жить.
100. Чтобы добиться успеха в жизни, девушка должна быть сильной и уметь постоять за себя.
101. По-настоящему уважают только тех людей, кто вызывает у окружающих страх.
102. Я люблю смотреть выступления боксеров.
103. Я могу ударить человека, если решу, что он серьезно оскорбил меня.
104. Я считаю, что уступить в споре – это значит показать себя со слабой стороны.
105. Мне нравится готовить, заниматься домашним хозяйством.
106. Если бы я могла прожить жизнь заново, то я бы хотела стать мужчиной, а не женщиной.
107. В детстве мне хотелось стать актрисой или певицей.
108. В детстве я была всегда равнодушна к игре в куклы.

Обработка и интерпретация результатов

Женский вариант опросника имеет восемь шкал. При обработке результатов подсчитывается количество совпадений с ключом (1 балл за каждое совпадение) и сумма баллов по каждой шкале.

1) *Шкала установки на социально-желательные ответы* (max 13 баллов): № 2 (нет), 4 (нет), 8 (нет), 13 (да), 21 (нет), 30 (да), 32 (да), 33 (нет), 38 (нет), 54 (нет), 79 (нет), 83 (нет), 87 (нет).

2) *Шкала склонности к нарушению норм и правил* (max 18 баллов): № 1 (да), 10 (да), 11 (да), 22 (да), 34 (да), 37 (да), 41 (да), 44 (да), 50 (да), 53 (да), 55 (да), 59 (да), 61 (да), 80 (да), 86 (нет), 88 (да), 91 (да), 93 (нет).

3) *Шкала склонности к аддиктивному поведению* (max 19 баллов): № 14 (да), 18 (да), 22 (да), 26 (да), 27 (да), 31 (да),

34 (да), 35 (да), 43 (да), 59 (да), 60 (да), 62(да), 63 (да), 64 (да), 67 (да), 74 (да), 81 (да), 91 (да), 95 (нет).

4) *Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению* (max 22 балла): № 3 (да), 6 (да), 9 (да), 12 (да), 24 (нет), 27 (да), 28 (да), 39 (да), 51 (да), 52 (да), 58 (да), 68 (да), 73 (да), 75 (да), 76 (да), 90 (да), 91 (да), 92 (да), 96 (да), 97 (да), 98 (да), 99 (да).

5) *Шкала склонности к агрессии и насилию* (max 24 баллов): № 3 (да), 5 (да), 15 (нет), 16 (да), 17 (да), 25(да), 40 (нет), 42 (да), 45 (да), 48 (да), 49 (да), 51 (да), 65 (да), 66 (да), 71 (да), 77 (да), 82 (да), 85 (да), 89(да), 94 (да), 101 (да), 102 (да), 103 (да), 104 (да).

6) *Шкала волевого контроля эмоциональных реакций* (max 15 баллов): № 7 (да), 19 (нет), 20 (да), 29 (нет), 36 (да), 49 (да), 56 (да), 57 (да), 69 (да), 70 (да), 71 (да), 78(да), 84 (да), 89 (да), 94 (да).

7) *Шкала склонности к делинквентному поведению* (max 21 балл): № 1 (да), 3 (да), 7 (да), 11 (да), 25 (да), 28 (да), 31 (да), 35 (да), 43 (да), 48 (да), 53 (да), 58 (да), 61 (да), 63 (да), 64 (да), 66 (да), 79 (да), 93 (нет), 98 (да), 99 (да), 102 (да).

8) *Шкала принятия женской социальной роли* (max 21 балл): № 3 (нет), 5 (нет), 9 (нет), 16 (нет), 18 (нет), 25 (нет), 41 (нет), 45 (нет), 51 (нет), 58 (нет), 61 (нет), 68 (нет), 73 (нет), 85 (нет), 93 (да), 95 (да), 96 (нет), 105 (да), 106 (нет), 107 (да), 108 (нет).

Пункты 23, 46, 47, 72, 100 являются маскировочными и содержательно не интерпретируются. Некоторые пункты опросника входят одновременно в несколько шкал. Чем выше балл по шкале № 8, тем более выражено принятие женской социальной роли ($\geq 70\%$ от максимального количества баллов – по шкале – высокий уровень принятия, $\leq 30\%$ – низкий уровень).

Опросник «ДАП-П»

Цель: диагностика склонности к отклоняющемуся поведению.

Диагностический опросник для выявления склонности к различным формам девиантного поведения «ДАП-П» является модифицированным вариантом опросника «ДАП-В» (Санкт-Петербург, ВМедА, кафедра психиатрии, НИЛ-7, 1999 г.) и предназначен для учащихся общеобразовательных учреждений в возрасте 14-17 лет.

Опросник состоит из четырех блоков: профессиональная направленность, склонность к аддиктивному поведению, склонность к делинквентному поведению, склонность к суициду. Суммирование показателей по всем блокам определяет интегральную оценку склонности к девиантному поведению.

Опросник может быть использован и для общеобразовательной школы, только в этом случае вопросы, касающиеся профессиональной направленности, опускаются, и показатели анализируются только по трем блокам: «аддиктивное поведение», «делинквентное поведение» и «суицидальный риск».

Опросник содержит 60 утверждений, на каждое из которых обследуемому предлагается выбрать один из четырех вариантов ответа: «совершенно верно» (3 балла), «верно» (2 балла), «пожалуй, так» (1 балл), «нет, это совсем не так» (0 баллов).

Инструкция: Сейчас вам будет предъявлено 60 вопросов, касающихся некоторых ваших индивидуальных психологических особенностей. Отвечая на них, вам нужно выбрать один из 4-х вариантов ответа: «совершенно верно» (3 балла), «верно» (2 балла), «пожалуй, так» (1 балл), «нет, это совсем не так» (0 баллов). На каждый вопрос возможен только один вариант ответа.

Текст опросника

1. Я хорошо понял(а) инструкцию к данной методике.
2. Люди, с которыми я пытаюсь находиться в дружеских отношениях, очень часто причиняют мне боль.
3. Я совершенно не приспособлен(а) к будущей профессии.
4. «За компанию» с товарищами я могу принять большое количество алкоголя.
5. Я считаю, что в некоторых ситуациях жизнь может потерять ценность для человека.
6. Главная причина моего поступления в лицей – мне просто некуда больше пойти.
7. Я бываю излишне груб(а) с окружающими.
8. Мои друзья рассказывали, что в некоторых ситуациях они испытывали необычные состояния: видели красочные и интересные видения, слышали странные звуки и др.
9. Думаю, что самым трудным предметом для меня будет производственное обучение.
10. Среди моих друзей были такие, которые вели такой образ жизни, что мне приходилось скрывать свою дружбу от родителей.
11. Мне кажется, окружающие плохо понимают меня, не ценят и недолюбливают.
12. В последнее время я замечаю, что стал много курить. Это помогает мне отвлечься от проблем и хлопот.
13. Бывало, что по утрам у меня дрожали руки и голова просто «раскалывалась».
14. Я всегда стремился к дружбе с ребятами, которые были старше меня по возрасту.
15. Не могу заставить себя бросить курить, хотя знаю, что это вредно.
16. Мне не нравится моя специальность.
17. В состоянии агрессии я способен на многое.

18. Я не собираюсь работать по профессии после окончания лица.
19. Среди моих близких родственников (отец, мать, братья, сестры) были судимые лица.
20. Я часто испытывал чувство невесомости тела, отрешенности от окружающего мира, нереальности происходящего.
21. На подрастающее поколение влияет так много обстоятельств, что усилия родителей и педагогов по их воспитанию оказываются бесполезными.
22. Если кто-нибудь виноват в моих неприятностях, я найду способ отплатить ему тем же.
23. Приятели, с которыми я дружу, не нравятся моим родителям.
24. Я считаю, что можно оправдать людей, выбравших добровольную смерть.
25. Я привык считать, что «око за око, зуб за зуб».
26. Я всегда раз в неделю выпиваю.
27. Если кто-то причинил мне зло, я отплачу ему тем же.
28. Бывало, что я слышал голоса внутри моей головы, звучание собственных мыслей.
29. Я не осуждаю людей, которые учатся только ради «корочек».
30. Смысл жизни не всегда бывает ясен, иногда его можно потерять.
31. У меня есть друзья, которые любят смотреть «мультки» после приема разных веществ.
32. В районе, где я проживаю, есть молодежные тусовки, которые активно враждуют между собой.
33. Я бы остался в школе и получил бы более престижное образование, но у меня нет такой возможности.
34. В последнее время, чтобы не сорваться, я вынужден принимать успокоительные средства.

35. Я пытался(лась) освободиться от некоторых пагубных привычек.
36. Я не осуждаю людей, которые совершают попытки уйти из жизни.
37. Употребляя алкоголь, я часто превышал свою норму.
38. Мои учителя и родственники высказывали опасения в связи с моими выпивками.
39. Я не собираюсь работать по специальности.
40. Вряд ли я захочу всю жизнь работать по выбранной специальности.
41. В последнее время я часто испытывал(а) стресс, поэтому принимал(а) успокоительные средства.
42. Выбор добровольной смерти человеком в обычной жизни, безусловно, может быть оправдан.
43. В нашей школе был принят «ритуал прописки» новичков, и я активно в нем участвовал.
44. В последнее время у меня подавленное состояние, будущее кажется мне безнадежным.
45. У меня были неприятности во время учебы в связи с употреблением алкоголя.
46. Во время обучения профессии я не собираюсь слишком «напрягаться», мне достаточно самых основных навыков и умений.
47. Мне неприятно вспоминать и говорить о некоторых случаях, которые были связаны с употреблением алкоголя.
48. Мои друзья умеют хорошо «расслабиться» и получить удовольствие.
49. Я всегда хотел продолжить семейную династию и выбрать именно эту профессию.
50. Можно согласиться с тем, что я не очень-то склонен выполнять многие законы, считая их неразумными.
51. Среди моих близких друзей были такие, которые часто уходили из дома, бродяжничали и т.д.

52. Я считаю, что мой отец злоупотреблял (злоупотребляет) алкоголем.
53. Я люблю играть в азартные игры. Они дают возможность «встряхнуться», «поймать свой шанс».
54. Я понимаю людей, которые не хотят жить дальше, если их предадут родные и близкие.
55. Я не осуждаю друзей, которые курят «травку».
56. Нет ничего предосудительного в том, что люди пытаются испытать на себе некоторые необычные состояния.
57. Я совершенно не приспособлен к будущей профессии.
58. Мои близкие друзья частенько уклонялись от учебных занятий (воспитательных мероприятий), считая их скучными, неинтересными.
59. В нашей семье были случаи добровольного ухода из жизни (или попытки ухода).
60. С некоторыми своими привычками я уже не смогу справиться, даже если захочу.

Обработка и интерпретация результатов

Первичная обработка результатов опросника осуществляется по ключу к шкалам с учетом оценок, данных испытуемым на утверждения шкалы (от 0 до 3 баллов, в зависимости от степени согласия с утверждениями опросника). По каждой шкале затем подсчитывается сумма баллов. Вопрос №1 не входит в шкалы, а касается понимания инструкции.

1) *Уровень профессиональной направленности (шкала ПН):* 3, 6, 9, 16, 18, 29, 33, 39, 40, 46, 49.

2) *Уровень склонности к аддиктивному поведению (шкала АДП):* № 4, 8, 12, 13, 15, 20, 26, 28, 31, 34, 35, 37, 38, 41, 45, 47, 48, 52, 53, 55, 56, 60.

3) *Уровень склонности к делинквентному поведению (шкала ДП):* № 7, 10, 14, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 27, 32, 43, 50, 51, 57, 58.

4) *Уровень суицидальной предрасположенности (шкала СР):* № 2, 5, 11, 24, 30, 36, 42, 44, 54, 59.

При дальнейшей обработке «сырые» значения по отдельным шкалам суммируются, определяется суммарный балл по методике (склонность к девиантным формам поведения), который затем переводится в 10-балльную шкалу нормального распределения (стены, см. таблицу): 1-2 стены – высокая склонность к девиантному поведению. 3-8 стенов – средняя (значительная предрасположенность), 9-10 стенов – низкая склонность (или отсутствие склонности) к девиантному поведению.

Таблица стенов к методике «ДАП-П»

Шкалы методики	стены									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
«Профессиональная направленность»	≥23	22-19	18-16	15-13	12-11	10-9	8-7	6-5	4-3	≤2
«Аддиктивное поведение»	≥38	37-31	30-26	25-19	18-13	12-8	7-6	5-4	3-2	≤1
«Делинквентное поведение»	≥33	32-27	26-23	22-18	17-15	14-11	10-8	7-5	4-3	≤2
«Суицидальный риск»	≥16	15-13	12-10	9-7	6-5	4	3	2	1	0
Интегральная оценка «Девиантное поведение»	≥100	88-83	82-68	67-54	53-45	44-33	32-26	25-19	15-18	≤14

МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда. Методика для оценки стратегий и моделей преодолевающего поведения (Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С.). Методика диагностики копинг-стратегий Е. Нейт («Способы преодоления критических ситуаций» Е. Хейма). Методика «Индикатор стратегий преодоления стресса» Дж. Амирхан. Методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (С. Норман, Д.Ф. Эндлер, Д.А. Джеймс, М.И. Паркер; адаптированный вариант Т.А.Крюковой). Опросник креативности Дж. Джонсона. Методика диагностики эмоционального «выгорания» личности В.В. Бойко. Методика определения психического «выгорания» (А.А. Рукавишников). Опросник «Профессиональное выгорание» (К. Маслач, С. Джексон)
[12; 18; 19; 31]

В этом разделе собран ряд диагностических методик, позволяющих диагностировать психологическое здоровье личности, – уровень личностного здоровья и благополучия, характеризующийся высокой адаптивностью, креативностью, направленностью личности на самореализацию и самоактуализацию, состоянием внутренней гармонии и самопринятия. Представленные здесь методики позволяют диагностировать:

- уровень самоактуализации и самопринятия личности;
- уровень адаптивности стратегии совладающего со стрессом поведения (копинг-стратегий поведения);

- уровень развития творческих способностей;
- уровень профессиональной адаптации и эмоционального выгорания в профессиональной деятельности.

Методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда

Цель: диагностика уровня социально-психологической адаптации, самоактуализации личности

Методика диагностики социально-психологической адаптации (Опросник СПА) разработана К. Роджерсом и Р. Даймондом в 1954 году для выявления степени адаптированности-дезаптированности в системе межличностных отношений. Модель отношений человека с социальным окружением и с самим собой, заложенная в основу этого опросника, исходит из гуманистической концепции личности как субъекта собственного развития, способного отвечать за свое поведение. Адаптированность рассматривается как согласованность требований социальной среды и личностных тенденций. Она предполагает реалистичную оценку себя и окружающей действительности, личностную активность, гибкость, социальную компетентность. В качестве оснований для дезадаптации рассматривается ряд показателей: низкий уровень принятия себя, низкий уровень принятия других, то есть конфронтация с ними, эмоциональный дискомфорт, который может быть весьма различным по природе, сильную зависимость от других, то есть экстернальность, стремление к доминированию.

Методика адаптирована Т.В. Снегиревой, содержит 101 утверждение с семизначной рейтинговой шкалой и диагностирует такие показатели, как адаптация, принятие себя и других, эмоциональный комфорт, локус контроля, доминирование, эскапизм. Методика может применяться с 12-13-летнего возраста.

Инструкция: В опроснике содержатся высказывания о человеке, о его образе жизни: переживаниях, мыслях, привычках, стиле поведения. Их всегда можно соотнести с нашим собственным образом жизни. Прочитав или прослушав очередное высказывание опросника, примерьте его к своим привычкам, своему образу жизни и оцените: в какой мере это высказывание может быть отнесено к Вам. Для того, чтобы обозначить ваш ответ в бланке, выберите подходящий, по вашему мнению, один из шести вариантов оценок, пронумерованных цифрами от «0» до «6»:

- «0» – это ко мне совершенно не относится;
- «1» – мне это не свойственно в большинстве случаев;
- «2» – сомневаюсь, что это можно отнести ко мне;
- «3» – не решаюсь отнести это к себе;
- «4» – это похоже на меня, но нет уверенности;
- «5» – это на меня похоже;
- «6» – это точно про меня.

Выбранный вами вариант ответа отметьте в бланке для ответов в ячейке, соответствующей порядковому номеру высказывания.

1. Испытывает неловкость, когда вступает с кем-нибудь в разговор.
2. Нет желания раскрываться перед другими.
3. Во всем любит состязание, соревнование, борьбу.
4. Предъявляет к себе высокие требования.
5. Часто ругает себя за сделанное.
6. Часто чувствует себя униженным.
7. Сомневается, что может нравиться кому-нибудь из лиц противоположного пола.
8. Свои обещания выполняет всегда
9. Теплые, добрые отношения с окружающими.
10. Человек сдержанный, замкнутый; держится ото всех чуть в стороне.
11. В своих неудачах винит себя.

12. Человек ответственный; на него можно положиться.
13. Чувствует, что не в силах хоть что-нибудь изменить, все усилия напрасны.
14. На многое смотрит глазами сверстников.
15. Принимает в целом те правила и требования, которым надлежит следовать.
16. Собственных убеждений и правил не хватает.
17. Любит мечтать – иногда прямо среди бела дня. С трудом возвращается от мечты к действительности.
18. Всегда готов к защите и даже нападению: «застревает» на переживаниях обид, мысленно перебирая способы мщения.
19. Умеет управлять собой и собственными поступками, заставлять себя, разрешать себе; самоконтроль для него – не проблема.
20. Часто портится настроение: накатывает уныние, хандра.
21. Все, что касается других, не волнует: сосредоточен на себе; занят собой.
22. Люди, как правило, ему нравятся.
23. Не стесняется своих чувств, открыто их выражает.
24. Среди большого стечения народа бывает немножко одиноко.
25. Сейчас очень не по себе. Хочется все бросить, куда-нибудь спрятаться.
26. С окружающими обычно ладит.
27. Всего труднее бороться с самим собой.
28. Настораживает незаслуженное, доброжелательное отношение окружающих.
29. В душе – оптимист, верит в лучшее.
30. Человек неподатливый, упрямый; таких называют трудными.
31. К людям критичен и судит их, если считает, что они этого заслуживают.

32. Обычно чувствует себя не ведущим, а ведомым: ему не всегда удается мыслить и действовать самостоятельно.

33. Большинство из тех, кто его знает, хорошо к нему относятся, любит его.

34. Иногда бывают такие мысли, которыми не хотелось бы ни с кем делиться.

35. Человек с привлекательной внешностью.

36. Чувствует себя беспомощным, нуждается в ком-то, кто был бы рядом.

37. Приняв решение, следует ему.

38. Принимает, казалось бы, самостоятельные решения, не может освободиться от влияния других людей.

39. Испытывает чувство вины, даже когда винить себя как будто не в чем.

40. Чувствует неприязнь к тому, что его окружает.

41. Всем доволен.

42. Выбит из колеи: не может собраться, взять себя в руки, организовать себя.

43. Чувствует вялость; все, что раньше волновало, стало вдруг безразличным.

44. Уравновешен, спокоен.

45. Разозлившись, нередко выходит из себя.

46. Часто чувствует себя обиженным.

47. Человек порывистый, нетерпеливый, горячий; не хватает сдержанности.

48. Бывает, что сплетничает.

49. Не очень доверяет своим чувствам: они иногда подводят его.

50. Довольно трудно быть самим собой.

51. На первом месте рассудок, а не чувство: прежде чем что-либо сделать, подумает.

52. Происходящее с ним толкует на свой лад, способен придумывать лишнего... Словом – не от мира сего.

53. Человек терпимый к людям и принимает каждого таким, каков он есть.

54. Стараются не думать о своих проблемах.
55. Считает себя интересным человеком, привлекательным как личность, заметным.
56. Человек стеснительный, легко тушуетя.
57. Обязательно нужно напоминать, подталкивать, чтобы довел дело до конца.
58. В душе чувствует превосходство над другими.
59. Нет ничего, в чем бы выразил себя, проявил свою индивидуальность, свое Я.
60. Боится того, что подумают о нем другие.
61. Честолюбив, неравнодушен к успеху, похвале! В том, что для него существенно, старается быть среди лучших.
62. Человек, у которого в настоящий момент многое достойно презрения.
63. Человек деятельный, энергичный, полон инициатив.
64. Пасует перед трудностями и ситуациями, которые грозят осложнениями.
65. Себя просто недостаточно ценит.
66. По натуре вожак и умеет влиять на других.
67. Относится к себе в целом хорошо.
68. Человек настойчивый, напористый; ему всегда важно настоять на своем.
69. Не любит, когда с кем-нибудь портятся отношения, особенно если разногласия грозят стать явными.
70. Подолгу не может принять решение, а потом сомневается в его правильности.
71. Пребывает в растерянности, все спуталось, все смешалось у него.
72. Доволен собой.
73. Невезучий.
74. Человек приятный, располагающий к себе.
75. Лицом, может, и не очень пригож, но может нравиться как человек, как личность.

76. Презирирует лиц противоположного пола и не связывается с ними.

77. Когда нужно что-то сделать, охватывает страх: а вдруг – не справлюсь, а вдруг – не получится.

78. Легко, спокойно на душе, нет ничего, что сильно бы тревожило.

79. Умеет упорно работать.

80. Чувствует, что растет, взрослеет: меняется сам и отношение к окружающему миру.

81. Случается, что говорит о том, в чем совсем не разбирается.

82. Всегда говорит только правду.

83. Встревожен, обеспокоен, напряжен.

84. Чтобы заставить хоть что-то сделать, нужно как следует настоять, и тогда он уступит.

85. Чувствует неуверенность в себе.

86. Обстоятельства часто вынуждают защищать себя, оправдываться и обосновывать свои поступки.

87. Человек уступчивый, податливый, мягкий в отношениях с другими.

88. Человек толковый, любит размышлять.

89. Иной раз любит прихвастнуть.

90. Принимает решения и тут же их меняет; презирирует себя за безволие, а сделать с собой ничего не может.

91. Стараются полагаться на свои силы, не рассчитывает на чью-то помощь.

92. Никогда не опаздывает.

93. Испытывает ощущение скованности, внутренней несвободы.

94. Выделяется среди других.

95. Не очень надежный товарищ, не во всем можно положиться.

96. В себе все ясно, себя хорошо понимает.

97. Общительный, открытый человек; легко сходится с людьми.

98. Силы и способности вполне соответствуют тем задачам, которые приходится решать; со всем может справиться.

99. Себя не ценит: никто его всерьез не воспринимает; в лучшем случае к нему снисходительны, просто терпят.

100. Беспокоится, что лица противоположного пола слишком занимают мысли.

101. Все свои привычки считает хорошими.

Обработка и интерпретация результатов

Результаты обрабатываются по ключу – подсчитывается суммарный балл по каждой шкале (с учетом значений рейтинговой шкалы при ответах на задания опросника).

№		Показатели	Номера высказываний	Нормы
1	2	3	4	5
1	а	Адаптивность	4, 5, 9, 12, 15, 19, 22, 23, 26, 27, 29, 33, 35, 37, 41, 44, 47, 51, 53, 55, 61, 63, 67, 72, 74, 75, 78, 80, 88, 91, 94, 96, 97, 98	(68-170) 68-136
	б	Дезадаптивность	2, 6, 7, 13, 16, 18, 25, 28, 32, 36, 38, 40, 42, 43, 49, 50, 54, 56, 59, 60, 62, 64, 69, 71, 73, 76, 77, 83, 84, 86, 90, 95, 99, 100	(68-170) 68-136
2	(-)	Лживость	34, 45, 48, 81, 89	(18-45)
	(+)		8, 82, 92, 101	18-36
3	а	Приятие себя	33, 35, 55, 67, 72, 74, 75, 80, 88, 94, 96	(22-52) 22-42
	б	Неприятие себя	7, 59, 62, 65, 90, 95, 99	(14-35) 14-28
4	а	Приятие других	9, 14, 22, 26, 53, 97	(12-30) 12-24
	б	Неприятие других	2, 10, 21, 28, 40, 60, 76	(14-35) 14-28
5	а	Эмоциональный комфорт	23, 29, 30, 41, 44, 47, 78	(14-35) 14-28
	б	Эмоциональный дискомфорт	6, 42, 43, 49, 50, 83, 85	(14-35) 14-28

1	2	3	4	5
6	а	Внутренний контроль	4, 5, 11, 12, 19, 27, 37, 51, 63, 68, 79, 91, 98	(26-65) 26-52
	б	Внешний контроль	13, 25, 36, 52, 57, 70, 71, 73, 77	(18-45) 18-36
7	а	Доминирование	58, 61, 66	(6 - 15) 6-12
	б	Ведомость	16, 32, 38, 69, 84, 87	(12-30) 12-24
8		Эскапизм (уход от проблем)	17, 18, 54, 64, 86	(10-25) 10-20

Зона неопределенности в интерпретации результатов по каждой шкале для подростков приводится в скобках, для взрослых – без скобок.

Результаты «до» зоны неопределенности интерпретируются как чрезвычайно низкие, а «после» самого высокого показателя в зоне неопределенности – как высокие.

Интерпретация шкал

1. *Шкала Адаптивности-дезадаптивности* отражает меру адаптированности субъекта в системе межличностных отношений. Высокие оценки по адаптированности говорят о налаженных социальных контактах, высоком социальном интеллекте и благополучии испытуемого. Высокие оценки по полярной шкале – напротив, свидетельствуют о социальной дезадаптации личности.

2. *Шкала лжи* позволяет оценить искренность испытуемого при ответах на задания опросника. Высокие оценки по шкале говорят о неискренности или неадекватности самооценки испытуемого.

3. *Шкала Самопрятия* отражает степень дружелюбности-враждебности по отношению к собственному «Я». В содержательном плане шкала на позитивном полюсе объединяет одобрение себя в целом и в существенных

частностях, доверие к себе и позитивную самооценку. На негативном полюсе – видение в себе по преимуществу недостатков, низкую самооценку, готовность к самообвинению.

4. *Шкала Приятия других* отражает уровень дружелюбности-враждебности к окружающим людям, к миру. На позитивном полюсе – это принятие людей, одобрение их жизни и отношения к себе в целом, ожидание позитивного отношения к себе окружающих; на негативном полюсе – критическое отношение к людям, раздражение, презрение по отношению к ним, ожидания негативного отношения к себе.

5. *Шкала Эмоционального комфорта* отражает характер преобладающих эмоций в жизни испытуемого. На позитивном полюсе – это преобладание положительных эмоций, ощущение благополучия своей жизни; на негативном – наличие выраженных отрицательных эмоциональных состояний.

6. *Шкала Интернальности (Локуса контроля)* отражает, в какой степени человек ощущает себя активным объектом собственной деятельности, а в какой – пассивным объектом действия других людей и внешних обстоятельств. Высокие значения по шкале внутреннего контроля говорят о том, что человек полагает, что происходящие с ним события являются результатом его деятельности. Высокие значения по шкале внешнего контроля – человек полагает, что происходящие с ним события являются результатом действия внешних сил (случая, других людей и т.д.).

7. *Шкала Стремления к доминированию* отражает степень стремления человека доминировать в межличностных отношениях. Высокие показатели доминирования говорят о склонности подавлять другого человека, чувствовать превосходство над другими. Высокие показатели ведомости – о склонности к подчинению, мягкости, покорности, конформизму, зависимости.

8. *Шкала Эскапизма* говорит о тенденции к уходу от решения проблем, от реальности. Высокие значения по шкале говорят о выраженной тенденции не решать проблемы, а делать вид, что их нет, стараться отвлечься, найти отговорки и объяснения пассивному бездействию. Такие люди часто просто плывут по течению и занимают позицию стороннего наблюдателя. Низкие значения говорят об отсутствии таких тенденций в поведении и об активной жизненной позиции.

Методика для оценки стратегий и моделей преодолевающего поведения (Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С.)

Цель: Методика предназначена для оценки стратегий преодоления стрессовых ситуаций.

В настоящее время в психологии активно изучается поведение преодоления, так называемый coping. Понятие coping, coping behavior используется для описания характерных способов поведения человека в различных ситуациях. Концептуализация процессов преодоления является центральным аспектом современных теорий стресса. Преодоление рассматривается как стабилизирующий фактор, который может помочь людям поддерживать психосоциальную адаптацию в течение периодов стресса.

Психологическое предназначение преодолевающего поведения состоит в том, чтобы как можно лучше адаптировать человека к требованиям ситуации путем овладения, ослабления или смягчения этих требований, тем самым редуцируется стрессовое действие ситуации.

В соответствии с Р. Лазарусом и С. Фолкманом существуют две основные стратегии психологического преодоления: 1) проблемно-ориентированный копинг (усилия направляются на решение возникшей проблемы); 2) эмоционально-ориентированный копинг (изменение собственных установок в отношении ситуации).

В качестве альтернативного подхода С. Хобфолл (1994) предложил многосетевую модель «поведения преодоления» и опросник SACS, построенный на ее основе. В отличие от предыдущих моделей, преодолевающее поведение рассматривается как стратегии (тенденции) поведения, а не как отдельные типы поведения. Предложенная модель имеет две основные оси: просоциальная-асоциальная., активная-пассивная и одну дополнительную ось: прямая-непрямая. Данные оси представляют собой измерения общих стратегий преодоления. Введение просоциальной и асоциальной оси основывается на том, что: а) многие жизненные стрессоры являются межличностными или имеют межличностный компонент; б) даже индивидуальные усилия по преодолению имеют потенциальные социальные последствия; в) действия преодоления часто требуют взаимодействия с другими людьми. К тому же обращение к индивидуальному и социальному контексту преодоления дает возможность более сбалансированного сравнения между мужчинами и женщинами.

В зарубежной психологии преодолевающего поведения обнаружено, что мужчины чаще направляют свои усилия по преодолению непосредственно на проблему, вызывающую стресс (проблемно-ориентированное «поведение преодоления»), в то время как женщины с большей вероятностью направляют свои усилия на управление своими эмоциональными реакциями на стресс (эмоционально-ориентированное «поведение преодоления») или используют стратегию избегания. Можно предположить, что эмоционально-сфокусированное преодоление является менее эффективным и чаще связано с психологическим дистрессом, чем проблемно-сфокусированное. Однако выбор мужчинами решения проблем может быть результатом проблемно-ориентированных требований, с которыми они сталкиваются, в противоположность эмоционально-ориентированным

требованиям, с которыми встречаются женщины. То есть гендерные различия в преодолении могут в большей степени быть продуктом окружения, в котором находятся мужчины и женщины, чем функцией гендера.

Традиционно считается, что мужчины справляются со стрессом активно, но активный подход может в некоторых случаях быть асоциальным, а проблемно-ориентированный – пассивным (например, пассивно-агрессивным). И наоборот, считается, что женщины справляются с трудностями более пассивно, чем мужчины. Однако поиск социальной поддержки и оказание такой поддержки другим являются активными и просоциальными формами преодоления, и женщины используют их чаще, чем мужчины. К тому же если не брать в расчет асоциальные формы активного преодоления, то женщины и мужчины не будут сильно отличаться.

Прямая-непрямая ось преодолевающего поведения, предложенная С. Хобфоллом, увеличивает межкультурную применимость опросника SACS. Данная ось позволяет дифференцировать копинг с точки зрения поведенческих стратегий как проблемно-ориентированных усилий (прямых или манипулятивных). Можно видеть, что поведенческие стратегии преодоления являются более детальными, а также снимают некоторые ограничения, которые накладывают проблемно-и эмоционально-ориентированное «поведение преодоления» и гендер. Поведенческий подход позволяет более дифференцированно подойти к различиям в преодолении. Кроме этого, он позволяет вносить коррекцию на уровне поведения и, следовательно, является перспективным с точки зрения возможности психологического вмешательства в процесс преодоления негативных последствий профессиональных стрессов.

Испытуемым предлагается оценить по 5-балльной шкале особенности своего поведения в сложных (стрессовых) ситуациях. Выдается бланк для ответов и опросник с инструкцией.

Лист для ответов

Фамилия, имя, отчество _____

Профессия _____ Возраст _____ Стаж _____

Инструкция: Вам предлагаются 54 утверждения относительно поведения в напряженных (стрессовых) ситуациях. Оцените, пожалуйста, как вы обычно поступаете в данных случаях.

Для этого на листе ответов поставьте цифру от 1 до 5, которая наиболее соответствует вашим действиям. Если утверждение полностью описывает ваши действия или переживания, то рядом с номером вопроса поставьте 5 (ответ – да, совершенно верно). Если утверждение совсем не подходит к вам, тогда поставьте 1 (ответ – нет, это совсем не так).

1 – нет, это совсем не верно.

2 – скорее нет, чем да.

3 – не знаю.

4 – скорее да (чаще да).

5 – да, совершенно верно.

1		10		19		28		37		46	
2		11		20		29		38		47	
3		12		21		30		39		48	
4		13		22		31		40		49	
5		14		23		32		41		50	
6		15		24		33		42		51	
7		16		25		34		43		52	
8		17		26		35		44		53	
9		18		27		36		45		54	

Текст опросника

1. В любых сложных ситуациях вы не сдаетесь.
2. Объединяетесь с другими людьми, чтобы вместе разрешить ситуацию.

3. Советуетесь с друзьями или близкими о том, чтобы они сделали, оказавшись в вашем положении.
4. Вы всегда очень тщательно взвешиваете возможные варианты решений (лучше быть осторожным, чем подвергать себя риску).
5. Вы полагаетесь на свою интуицию.
6. Как правило, вы откладываете решение возникшей проблемы в надежде, что она разрешится сама.
7. Стараетесь держать все под контролем, хотя и не показываете этого другим.
8. Вы полагаете, что иногда необходимо действовать столь быстро и решительно, чтобы заставить других врасплох.
9. Решая неприятные проблемы, выходите из себя и можете наломать немало дров.
10. Когда кто-либо из близких поступает с вами несправедливо, вы пытаетесь вести себя так, чтобы они не почувствовали, что вы расстроены или обижены.
11. Стараетесь помочь другим при решении ваших общих проблем.
12. Не стесняетесь при необходимости обращаться к другим людям за помощью или поддержкой.
13. Без необходимости не выкладываетесь полностью, предпочитая экономить свои силы.
14. Вы часто удивляетесь, что наиболее правильным является то решение, которое первым пришло в голову.
15. Иногда предпочитаете заняться чем угодно, лишь бы забыть о неприятном деле, которое нужно делать.
16. Для достижения своих целей вам часто приходится подыгрывать другим или подстраиваться под других людей (несколько кривить душой).
17. В определенных ситуациях вы ставите свои личные интересы превыше всего, даже если это пойдет во вред другим.

18. Как правило, препятствия для решения ваших проблем или достижения желаемого сильно выводят вас из себя, можно сказать, что они просто бесят вас.
19. Вы считаете, что в сложной ситуации лучше действовать самому, чем ждать, когда ее будут решать другие.
20. Находясь в трудной ситуации, вы раздумываете о том, как поступили бы в этом случае другие люди.
21. В трудные минуты для вас очень важна эмоциональная поддержка близких людей.
22. Считаете, что во всех случаях лучше «сечь и более раз отмерить, прежде чем отрезать».
23. Вы часто проигрываете из-за того, что не полагаетесь на свои предчувствия.
24. Вы не тратите свою энергию на разрешение того, что, возможно, само по себе разрешится.
25. Позволяете другим людям думать, что они могут повлиять на вас, но на самом деле вы – крепкий орешек и никому не позволяете манипулировать собой.
26. Считаете, что полезно демонстрировать свою власть и превосходство для укрепления собственного авторитета.
27. Вас можно назвать вспыльчивым человеком.
28. Вам бывает достаточно трудно ответить отказом на чьи-либо требования или просьбы.
29. Вы полагаете, что в критических ситуациях лучше действовать сообща с другими.
30. Вы считаете, что на душе может стать легче, если поделиться с другими своими переживаниями.
31. Ничего не принимаете на веру, так как полагаете, что в любой ситуации могут быть «подводные камни».
32. Ваша интуиция вас никогда не подводит.
33. В конфликтной ситуации убеждаете себя и других, что проблема «не стоит и выеденного яйца».

34. Иногда вам приходится немного манипулировать людьми (решать свои проблемы, невзирая на интересы других).
35. Бывает очень выгодно поставить другого человека в неловкое и зависимое положение.
36. Вы считаете, что лучше решительно и быстро дать отпор тем, кто не согласен с вашим мнением, чем «тянуть кота за хвост».
37. Вы легко и спокойно можете защитить себя от несправедливых действий стороны других, в случае необходимости сказать «нет» в ситуации эмоционально давления.
38. Вы считаете, что общение с другими людьми обогатит ваш жизненный опыт.
39. Вы полагаете, что поддержка других людей очень помогает вам в трудных ситуациях.
40. В трудных ситуациях вы долго готовитесь и предпочитаете сначала успокоиться, а потом уже действовать.
41. В сложных ситуациях лучше следовать первому импульсу, чем долго взвешивать возможные варианты.
42. По возможности избегаете решительных действий, требующих большой напряженности и ответственности за последствия.
43. Для достижения своих заветных целей не грех и немного полукавить.
44. Ищете слабости других людей и используете их со своей выгодой.
45. Грубость и глупость других людей часто приводят вас ярость (выводят вас из себя).
46. Вы испытываете неловкость, когда вас хвалят или говорят комплименты.
47. Считаете, что совместные усилия с другими принесут больше пользы в любых ситуациях (при решении любых задач).
48. Вы уверены, что в трудных ситуациях вы всегда найдете понимание и сочувствие со стороны близких людей.

49. Вы полагаете, что во всех случаях нужно следовать принципу «Тише едешь, дальше будешь».
50. Действие под влиянием первого порыва всегда хуже, чем трезвый расчет.
51. В конфликтных ситуациях предпочитаете найти какие-либо важные и неотложные дела, позволяя другим заняться решением проблемы или надеясь, что время все расставит на свои места.
52. Вы полагаете, что хитростью можно добиться порой больше, чем действуя напрямую.
53. Цель оправдывает средство.
54. В значимых и конфликтных ситуациях вы бываете агрессивны.

Обработка и интерпретация результатов

В соответствии с ключом подсчитывается сумма баллов по каждой строке, которая отражает степень предпочтения той или иной модели поведения в сложной (стрессовой) ситуации.

КЛЮЧ

Субшкала	Номера утверждений
Ассертивные действия	1, 10, 19, 28*, 37, 46*
Вступление в социальный контакт	2, 11, 20, 29, 38, 47
Поиск социальной поддержки	3, 12, 21, 30, 39, 48
Осторожные действия	4, 13, 22, 31, 40, 49
Импульсивные действия	5, 14, 23, 32, 41, 50*
Избегание	6, 15, 24, 33, 42, 51
Непрямые действия	7, 16, 25, 34, 43, 52
Асоциальные действия	8, 17, 26, 35, 44, 53
Агрессивные действия	9, 18, 27, 36, 45, 54

**Подсчитывается в обратном порядке*

Анализ результатов проводится на основании сопоставления данных конкретного человека по каждой из субшкал со средними значениями моделей преодоления в исследуемой (профессиональной, возрастной и др.) группе. В результате сравнения индивидуальных и среднегрупповых показателей делается заключение о сходстве или различиях преодолевающего поведения данного индивида относительно исследуемой категории людей. Для интерпретации индивидуальных особенностей преодолевающего поведения данные конкретного человека могут быть сопоставлены с данными, представленными в таблице.

Показатели стратегий преодоления у представителей коммуникативных профессий

№	Стратегии преодоления	Модель поведения (действия)	Степень выраженности преодолевающего поведения		
			низкая	средняя	высокая
1	Активная	Ассертивные действия	6 – 17	18 – 22	23 – 30
2	Просоциальная	Вступление в социальный контакт	6 – 21	22 – 25	26 – 30
3	Просоциальная	Поиск социальной поддержки	6 – 20	21 – 24	25 – 30
4	Пассивная	Осторожные действия	6 – 17	18 – 23	24 – 30
5	Прямая	Импульсивные действия	6 – 15	16 – 19	20 – 30
6	Пассивная	Избегание	6 – 13	14 – 17	18 – 30
7	Непрямая	Манипулятивные действия	6 – 17	18 – 23	24 – 30
8	Асоциальная	Асоциальные действия	6 – 14	15 – 19	20 – 30
9	Асоциальная	Агрессивные действия	6 – 13	14 – 18	19 – 30



Рисунок 1

Другой способ интерпретации индивидуальных данных основывается на анализе индивидуального «портрета» моделей преодолевающего поведения. Для этого для наглядности может быть построена круговая диаграмма, отражающая степень выраженности (предпочтения) каждой из 9 моделей поведения у конкретного лица. По его индивидуальным данным рассчитывается доля (в %) каждой модели поведения относительно всех девяти субшкал по формуле:

$M (\%) = (N \times 100) : S$, где N – числовое значение, полученное по каждой субшкале ($N=1 \dots 9$), S – сумма показателей всех девяти субшкал (рис. 1)

Согласно концепции С. Хобфолла данные модели преодолевающего поведения характеризуют три пересекающиеся

ся координатные оси (направления и индивидуальную активность) преодолевающего поведения личности в ситуациях проблемного общения в системе «человек-человек» Стратегическое направление преодолевающего поведения в содержательном плане должно описываться посредством минимум трех координат: ось просоциальной-асоциальной стратегии, ось активности-пассивности, ось прямое-непрямое (манипулятивное) поведение.

В зависимости от степени конструктивности стратегии и модели поведения могут способствовать или препятствовать успешности преодоления профессиональных стрессов, а также оказывать влияние на сохранение здоровья субъекта общения и труда.

«Здоровое» преодоление (копинг) является и активным, и просоциальным (Adler, 1939; Erickson, 1968; Sullivan, 1953). Активное преодоление в совокупности с положительным использованием социальных ресурсов (контактов) повышает стрессо-устойчивость человека (Hobfoll & Lennan, 1989).

Проведенное исследование (Водопьянова Н. Е., 1998) показало, что «успешные менеджеры отличаются от «неуспешных», во-первых, большим количеством моделей преодолевающего поведения, а, во-вторых, предпочтением «здоровых» моделей преодоления сложных (стрессогенных) ситуаций, что выражается в более высоких показателях асертивности (уверенности) поведения, вступления в социальные контакты, поиска социальной поддержки и в более низких показателях агрессивных и асоциальных действий. «Успешные» менеджеры чаще используют не прямые действия, рационализацию и поиск позитивного в эмоционально-напряженных ситуациях делового общения по сравнению с «неуспешными» менеджерами. Кризисные ситуации «успешные» менеджер предпочитают рассматривать как новый опыт, полезный для будущей жизни и профессиональной карьеры. Модели их по-

ведения характеризуются активностью, просоциальностью и гибкостью.

Для «неуспешных» более характерными оказались стратегия пассивности (осторожные действия, уход от разрешения проблем), асоциальная стратегия (жесткие, догматические, циничные, негуманные действия), агрессивная стратегия (давление, отказ от поиска альтернативных решений, конфронтация, соперничество и др.). Они чаще проявляют социальную несмелость (неуверенность), и в то же время их поведение в проблемных ситуациях более асоциально и агрессивно по отношению к окружающим. Очевидно, последнее является компенсаторным механизмом преодоления внутреннего (душевного) дискомфорта или преодоления психологических комплексов неуверенности в себе и негативизма по отношению к окружающему.

Методика диагностики копинг-стратегий Е. Heim («Способы преодоления критических ситуаций» Е. Хейма)

Цель: диагностика преобладающих стратегий совладающего поведения (копинг-стратегий).

Методика Е. Heim позволяет исследовать 26 ситуационно-специфических вариантов копинга, распределенных по двум критериям: 1) в соответствии с тремя основными сферами психической деятельности на когнитивный, эмоциональный и поведенческий копинг-механизмы, 2) адаптивный, относительно-адаптивный и неадаптивный копинг-механизмы. Методика адаптирована на различных группах больных с получением нормативных данных на здоровой популяции в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, под руководством д.м.н. профессора Л.И. Вассермана. Ниже будут представлены два варианта данной методики.

Е. Heim внес значительный вклад в изучение копинг-поведения у соматических больных (1988). Согласно его теории, соматическая болезнь обусловлена не только биологическими факторами, но также окружающей средой и социальными условиями. Весь этот комплекс факторов подвергается носителем болезни познавательной оценке, а это значит, что субъектом оценивается значение и определяются обусловленные этой оценкой задачи по приспособлению организма. В соответствии с этим копинг-процессы приводят к успешному или неуспешному разрешению кризиса. В клинических исследованиях учитывались три основных параметра: 1) стрессоры, с которыми надлежит справиться, большей частью как независимые переменные; 2) опосредующий процесс преодоления или приспособления как промежуточные переменные; 3) результативные выводы или достигнутая степень адаптации большей частью как личностно или ситуативно связанные переменные. Фактически эти три параметра взаимозависимы и должны пониматься в аспекте циркулярного процесса.

Е. Heim, изучая копинг-процессы у онкологических больных, определяет копинг следующим образом: «Преодоление болезни можно обозначить как стремление уменьшить уже существующее или ожидаемое влияние со стороны болезни интрапсихически (эмоционально-когнитивно) или выровнять это состояние путем целенаправленных действий, или переработать его». Что означает результат копинг-процесса? На этот вопрос можно ответить по-разному. Интересы пациента не всегда идентичны интересам окружающих его людей или же ответственного за пациента врача. В то время как субъективные потребности пациента направлены, прежде всего, на гармонизацию состояния (устранение боли или эмоционального напряжения), с врачебной точки зрения на первом плане должно быть овладение процессом болезни,

например, путем раннего распознавания заболевания и др. Автор предпринял попытку перевести формы совладания, описанные разными исследователями, в систему нейтральных понятий и выделил 26 форм копинг-поведения. В качестве аналитических критериев выступала длительность выживания и длительность безрецидивных периодов. При том, что копинг является целостным механизмом, который включает когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты, в исследовательских целях следует говорить о преимущественно когнитивном, эмоциональном, поведенческом копинге (или копинг-стратегиях, копинг-механизмах). Были выделены желательные и нежелательные виды преодоления болезни. Как желательное, хорошо зарекомендовало себя активное поведение, требуемое как для диагностического процесса, так и для терапевтических целей с точки зрения врача. Такое поведение положительно оценивается окружающими, в особенности семьей, которую пациент воспринимает как источник помощи. Активность пациентов способствует преодолению болезни путем когнитивного проблемного анализа, их эмоциональные отношения оптимистичны и надежны. Результат (длительность выживания) у таких больных удивительно постоянен, а болезнь не прогрессирует.

Нежелательным копинг-поведением является пассивное поведение, которое представляет собой, с одной стороны, покорную установку на болезнь, а с другой – пассивное кооперирование с медицинским персоналом. С этим часто связано диссимулирование не только самой болезни как таковой, но и ее исхода, что может усугубляться фаталистическими взглядами, подавлением соответствующих эмоций и социальным отчуждением. Неблагоприятными считаются также сопротивление, ярость, самообвинение.

Возможные другие формы копинг-поведения как в отношении их качества, так и вклада в преодоление болезни труд-

нее поддаются оценке. Стоическое принятие ситуации рассматривается в одних случаях как адаптивное, в других – как фаталистическая покорность. Также амбивалентной является оценка диссимуляции, отречения, которые имеют неодинаковый вес в разных фазах болезни.

По Е. Heim, различное копинг-поведение оказывает влияние на первоначальное или более позднее сотрудничество в лечении. Промедление в начале лечения или игнорирование критических симптомов могут способствовать ухудшению течения болезни. Различное копинг-поведение не является причиной, а скорее следствием, и связано с соматическим процессом. Неблагоприятное течение болезни улавливается пациентом с помощью осознаваемых или даже полностью неосознаваемых сигналов, которые вынуждают его к соответствующему пассивно-покорному поведению. Желательное или нежелательное копинг-поведение воздействует непосредственно на основной соматический процесс. Это вероятное объяснение опирается на многие новейшие результаты психоиммунологии, которые показывают, насколько прямо копинг-процессы связаны с иммунной защитой.

Вариант опросника 1

Инструкция: Вам будет предложен ряд утверждений, касающихся особенностей Вашего поведения. Постарайтесь вспомнить, каким образом Вы чаще всего разрешаете трудные и стрессовые ситуации и ситуации высокого эмоционального напряжения. Обведите кружком, пожалуйста, тот номер, который Вам подходит. В каждом разделе утверждений необходимо выбрать только один вариант, при помощи которого Вы разрешаете свои трудности. Отвечайте, пожалуйста, в соответствии с тем, как Вы справляетесь с трудными ситуациями на протяжении последнего времени. Не раздумывайте долго – важна Ваша первая реакция. Будьте внимательны!

Стимульный материал

А

- «Говорю себе: в данный момент есть что-то важнее, чем трудности»
- «Говорю себе: это судьба, нужно с этим смириться»
- «Это несущественные трудности, не все так плохо, в основном все хорошо»
- «Я не теряю самообладания и контроля над собой в тяжелые минуты и стараюсь никому не показывать своего состояния»
- «Я стараюсь проанализировать, все взвесить и объяснить себе, что же случилось»
- «Я говорю себе: по сравнению с проблемами других людей, мои – это пустяк»
- «Если что-то случилось, то так угодно Богу»
- «Я не знаю, что делать и мне временами кажется, что мне не выпутаться из этих трудностей»
- «Я придаю своим трудностям особый смысл, преодолевая их, я совершенствуюсь сам»
- «В данное время я полностью не могу справиться с этими трудностями, но со временем смогу справиться и с ними, и с более сложными».

Б

- «Я всегда глубоко возмущен несправедливостью судьбы ко мне и протестую»
- «Я впадаю в отчаяние, я рыдаю и плачу»
- «Я подавляю эмоции в себе»
- «Я всегда уверен, что есть выход из трудной ситуации»
- «Я доверяю преодолению своих трудностей другим людям, которые готовы помочь мне»
- «Я впадаю в состояние безнадежности»
- «Я считаю себя виноватым и получаю по заслугам»
- «Я впадаю в бешенство, становлюсь агрессивным»

В

- «Я погружаюсь в любимое дело, стараясь забыть о трудностях»
- «Я стараюсь помочь людям и в заботах о них забываю о своих горестях»
- «Стараюсь не думать, всячески избегаю сосредотачиваться на своих неприятностях»
- «Стараюсь отвлечься и расслабиться (с помощью алкоголя, успокоительных средств, вкусной еды и т. п.)»
- «Чтобы пережить трудности, я берусь за осуществление давней мечты (еду путешествовать, поступаю на курсы иностранного языка и т. п.)»
- «Я изолируюсь, стараюсь остаться наедине с собой»
- «Я использую сотрудничество со значимыми мне людьми для преодоления трудностей»
- «Я обычно ишу людей, способных помочь мне советом»

Обработка и интерпретация результатов

Определите вид стратегии, соотнесите ответ (выбор) испытуемого и название соответствующей стратегии.

А. Когнитивные копинг-стратегии

- Игнорирование – «Говорю себе: в данный момент есть что-то важнее, чем трудности»
- Смирение – «Говорю себе: это судьба, нужно с этим смириться»
- Диссимуляция – «Это несущественные трудности, не все так плохо, в основном все хорошо»
- Сохранение самообладания – «Я не теряю самообладания и контроля над собой в тяжелые минуты и стараюсь никому не показывать своего состояния»
- Проблемный анализ – «Я стараюсь проанализировать, все взвесить и объяснить себе, что же случилось»
- Относительность – «Я говорю себе: по сравнению с проблемами других людей, мои – это пустяк»

- Религиозность – «Если что-то случилось, то так угодно Богу»
- Растерянность – «Я не знаю, что делать, и мне временами кажется, что мне не выпутаться из этих трудностей»
- Придача смысла – «Я придаю своим трудностям особый смысл, преодолевая их, я совершенствуюсь сам»
- Установка собственной ценности – «В данное время я полностью не могу справиться с этими трудностями, но со временем смогу справиться и с ними, и с более сложными».

Б. Эмоциональные копинг-стратегии

- Протест – «Я всегда глубоко возмущен несправедливостью судьбы ко мне и протестую»
- Эмоциональная разрядка – «Я впадаю в отчаяние, я рыдаю и плачу»
- Подавление эмоций – «Я подавляю эмоции в себе»
- Оптимизм – «Я всегда уверен, что есть выход из трудной ситуации»
- Пассивная кооперация – «Я доверяю преодолению своих трудностей другим людям, которые готовы помочь мне»
- Покорность – «Я впадаю в состояние безнадежности»
- Самообвинение – «Я считаю себя виноватым и получаю по заслугам»
- Агрессивность – «Я впадаю в бешенство, становлюсь агрессивным»

В. Поведенческие копинг-стратегии

- Отвлечение – «Я погружаюсь в любимое дело, стараясь забыть о трудностях»
- Альтруизм – «Я стараюсь помочь людям и в заботах о них забываю о своих горестях»
- Активное избегание – «Стараюсь не думать, всячески избегаю сосредотачиваться на своих неприятностях»

- Компенсация – «Стараюсь отвлечься и расслабиться (с помощью алкоголя, успокоительных средств, вкусной еды и т. п.)»
- Конструктивная активность – «Чтобы пережить трудности, я берусь за осуществление давней мечты (еду путешествовать, поступаю на курсы иностранного языка и т. п.).»
- Отступление – «Я изолируюсь, стараюсь остаться наедине с собой»
- Сотрудничество – «Я использую сотрудничество со значимыми мне людьми для преодоления трудностей»
- Обращение – «Я обычно ищу людей, способных помочь мне советом»
- Виды копинг-поведения были распределены Е. Neim на три основные группы по степени их адаптивных возможностей: адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные.

Адаптивные варианты копинг-поведения

Среди когнитивных копинг-стратегий к ним относятся:

- «проблемный анализ»,
- «установка собственной ценности»,
- «сохранение самообладания» – формы поведения, направленные на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из них, повышение самооценки и самоконтроля, более глубокое осознание собственной ценности как личности, наличие веры в собственные ресурсы в преодолении трудных ситуаций.

Среди эмоциональных копинг-стратегий:

- «протест»,
- «оптимизм» – эмоциональное состояние с активным возмущением и протестом по отношению к трудностям и уверенностью в наличии выхода в любой, даже самой сложной, ситуации.

Среди поведенческих копинг-стратегий:

- «сотрудничество»,
- «обращение»,
- «альтруизм» – под которыми понимается такое поведение личности, при котором она вступает в сотрудничество со значимыми (более опытными) людьми, ищет поддержки в ближайшем социальном окружении или сама предлагает ее близким в преодолении трудностей.

Неадаптивные варианты копинг-поведения

Среди когнитивных копинг-стратегий к ним относятся:

- «смирение»,
- «растерянность»,
- «диссимуляция»,
- «игнорирование» – пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы, с умышленной недооценкой неприятностей.

Среди эмоциональных копинг-стратегий:

- «подавление эмоций»,
- «покорность»,
- «самообвинение»,
- «агрессивность» – варианты поведения, характеризующиеся подавленным эмоциональным состоянием, состоянием безнадежности, покорности и недопущения других чувств, переживанием злости и возложением вины на себя и других.

Среди поведенческих копинг-стратегий:

- «активное избегание»,
- «отступление» – поведение, предполагающее избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляция, стремление уйти от активных интерперсональных контактов, отказ от решения проблем.

Относительно адаптивные варианты копинг-поведения

Их конструктивность которых зависит от значимости и выраженности ситуации преодоления

Среди когнитивных копинг-стратегий к ним относятся:

- «относительность»,
- «придача смысла»,
- «религиозность» – формы поведения, направленные на оценку трудностей в сравнении с другими, придание особого смысла их преодолению, вера в Бога и стойкость в вере при столкновении со сложными проблемами.

Среди эмоциональных копинг-стратегий:

- «эмоциональная разрядка»,
- «пассивная кооперация» – поведение, которое направлено либо на снятие напряжения, связанного с проблемами, эмоциональным отреагированием, либо на передачу ответственности по разрешению трудностей другим лицам.

Среди поведенческих копинг-стратегий:

- «компенсация»,
- «отвлечение»,
- «конструктивная активность» – поведение, характеризующееся стремлением к временному отходу от решения проблем с помощью алкоголя, лекарственных средств, погружения в любимое дело, путешествия, исполнения своих заветных желаний.

Вариант опросника 2

Инструкция: Постарайтесь вспомнить, каким образом обычно Вы разрешаете для себя негативные ситуации и как часто вы используете приведенные ниже варианты поведения. В бланке поставьте галочку в столбце с тем ответом, который Вам подходит, используя при этом следующие варианты ответов: 0 – никогда, 1 – редко, 2 – иногда, 3 – часто, 4 – очень часто.

Бланк ответов

Стратегии поведения	0	1	2	3	4
1	2	3	4	5	6
1. Я погружаюсь в любимое дело, стараюсь о трудностях забыть					
2. Я стараюсь помочь людям, и в заботах о них забываю о своих горестях					
3. Стараюсь не думать, всячески избегаю думать о своих неприятностях					
4. Стараюсь отвлечься и расслабиться (с помощью алкоголя, успокоительных средств, вкусной еды и т.п.)					
5. Чтобы пережить трудности, я берусь за осуществление своей давней мечты (еду путешествовать, поступаю на курсы иностранного языка и т.п.)					
6. Я изолируюсь, стараюсь остаться наедине с собой					
7. Я ищу людей, способных помочь мне советом					
8. Я использую сотрудничество со значимыми мне людьми для преодоления трудностей					
9. Говорю себе: это судьба, нужно с этим смириться					
10. Стараюсь убедить себя, что эти трудности – мелкие неприятности на фоне всего остального					
11. Я не теряю самообладания и контроля над собой в тяжелые минуты и стараюсь никому не показывать своего истинного состояния					
12. Я стараюсь проанализировать, все взвесить и объяснить себе, что же случилось					
13. Я говорю себе: по сравнению с проблемами других людей, мои – это пустяк					
14. Если что-то случится, то так угодно Богу					
15. Я придаю своим трудностям особый смысл, преодолевая их, я совершенствую себя					

1	2	3	4	5	6
16. В данное время я полностью не могу справиться с этими трудностями, но со временем смогу справиться и с ними, и с более сложными					
17. Это не существенные трудности, не все так плохо, в основном все хорошо					
18. Я не знаю, что делать и мне временами кажется, что мне не выпутаться из этих трудностей					
19. Я глубоко возмущен несправедливостью судьбы ко мне и протестую					
20. Я впадаю в отчаянье, я рыдаю и плачу					
21. Я впадаю в бешенство, становлюсь агрессивным					
22. Я подавляю эмоции в себе					
23. Я всегда уверен, что есть выход из трудной ситуации					
24. Я впадаю в состояние безнадежности					
25. Я считаю себя виноватым и получаю по заслугам					
26. Я доверяю преодолению своих трудностей другим людям, которые готовы помочь мне					

Обработка и интерпретация результатов

Подсчитывается сумма баллов по ключу: сначала стратегии по сферам психической деятельности, затем по степени адаптивности. Каждый ответ испытуемого соответствует определенной стратегии и оценивается от 0 до 4 баллов, в зависимости от ответа испытуемого (см. бланк). Соответствия утверждений определенным стратегиям были даны в Варианте опросника №1 (см. выше).

1) Поведенческие копинг-стратегии: утверждения № 1-8 (0-32 баллов)

2) Когнитивные копинг-стратегии: утверждения № 9-18 (0-40 баллов)

3) Эмоциональные копинг-стратегии: утверждения № 19-26 (0-32 баллов)

4) Адаптивные копинг-стратегии (0-32 баллов):

– поведенческие: утверждения № 2 (альтруизм), 7 (обращение), 8 (сотрудничество);

– когнитивные: утверждения № 11 (сохранение самообладания), 12 (проблемный анализ), 16 (установка собственной ценности);

– эмоциональные: утверждения № 23 (оптимизм), 19 (протест)

5) Относительно адаптивные копинг-стратегии (0-32 баллов):

– поведенческие: утверждения № 1 (отвлечение), 4 (компенсация), 5 (конструктивная активность);

– когнитивные: утверждения № 13 (относительность), 14 (религиозность), 15 (придача смысла);

– эмоциональные: утверждения № 20 (эмоциональная разрядка), 26 (пассивная кооперация)

6) Неадаптивные копинг-стратегии (0-40 баллов):

– поведенческие: утверждения № 3 (активное избегание), 6 (отступление);

– когнитивные: утверждения № 9 (смирение), 10 (игнорирование), 17 (диссимуляция), 18 (растерянность);

– эмоциональные: утверждения № 21 (агрессивность), 22 (подавление эмоций), 24 (покорность), 25 (самообвинение).

Результаты обработки можно представить в виде неравенства: $A > B > C$, где A – блок стратегий с наименьшей суммой баллов, а C – с наибольшей. При этом сначала приводится неравенство по критерию сферы психической деятельности (поведенческие, когнитивные, эмоциональные), затем по степени адаптивности (адаптивные, относительно-адаптивные, неадаптивные). В заключение можно также указать конкретные стратегии, получившие наибольшее количество баллов.

Методика «Индикатор стратегий преодоления стресса» Дж. Амирхан

Цель: диагностика преобладающих стратегий совладающего поведения (копинг-стратегий).

Методика «Индикатор стратегий преодоления стресса» разработана J.H. Amirhan в 1990 г. и адаптирована В.М. Ялтонским в 1994 г. Адаптирована в Психоневрологическом научно-исследовательском институте им. В.М. Бехтерева. Методика представляет самооценочный опросник, определяющий базисные копинг-стратегии (разрешение проблем, поиск социальной поддержки, избегание) и их выраженность – структуру совладающего со стрессом поведения.

Инструкция: На бланке вопросов представлено несколько возможных путей преодоления проблем, неприятностей. Ознакомившись с утверждениями, Вы сможете определить, какие из предложенных вариантов обычно Вами используются. Читая приведенные ниже утверждения, выберите один из трех наиболее приемлемых вариантов ответов для оценки каждого утверждения: 3 – полностью согласен, 2 – согласен, 0 – не согласен.

Бланк ответов

№	Утверждение	Ответ
1	2	3
1	Позволяю себе поделиться чувством с другом	
2	Стараюсь сделать все так, чтобы иметь возможность наилучшим образом решить проблему	
3	Осуществляю поиск всех возможным решений, прежде чем что-то предпринять	
4	Попытаюсь отвлечься от проблемы	
5	Принимаю сочувствие и понимание от кого-либо	
6	Делаю все возможное, чтобы не дать окружающим возможность увидеть, что мои дела плохи	
7	Обсуждаю ситуацию с людьми, так как обсуждение помогает мне почувствовать себя лучше	

1	2	3
8	Ставлю для себя ряд целей, позволяющих постепенно справиться с ситуацией	
9	Очень тщательно взвешиваю возможности выбора	
10	Мечтаю, фантазирую о лучших временах	
11	Пытаюсь различными способами решить проблему, пока не найду наиболее подходящий	
12	Доверяю свои страхи родственнику или другу	
13	Больше времени, чем обычно, провожу один	
14	Рассказываю людям о ситуации, так как только ее обсуждение помогает мне прийти к ее решению	
15	Думаю о том, что нужно сделать для того, чтобы исправить положение	
16	Сосредоточиваюсь полностью на решении проблемы	
17	Обдумываю про себя план действий	
18	Смотрю телевизор дольше, чем обычно	
19	Иду к кому-нибудь (другу или специалисту), чтобы он помог почувствовать себя лучше	
20	Стою твердо и борюсь за то, что мне нужно в этой ситуации	
21	Избегаю общения с людьми	
22	Переключаюсь на хобби или занимаюсь спортом, чтобы избежать проблемы	
23	Иду к другу, чтобы он помог мне лучше почувствовать проблему	
24	Иду к другу за советом, как исправить ситуацию	
25	Принимаю сочувствие, взаимное понимание друзей, у которых та же проблема	
26	Сплю больше обычного	
27	Фантазирую о том, что все могло быть иначе	
28	Представляю себя героем книг	
29	Пытаюсь решить проблему	
30	Принимаю помощь от друга или родственника	
31	Хочу, чтобы люди оставили меня в покое	
32	Ищу успокоение у тех, кто знает меня лучше	
33	Пытаюсь тщательно планировать свои действия, а не действовать импульсивно, под влиянием внезапного побуждения	

Обработка и интерпретация результатов

Опросник обрабатывается по ключу. Затем подсчитывается сумма баллов по каждой шкале.

1) Шкала «разрешение проблем» – ответы по пунктам № 2, 3, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 20, 29, 33.

2) Шкала «поиск социальной поддержки» – ответы по пунктам № 1, 5, 7, 12, 14, 19, 23, 24, 25, 31, 32.

3) Шкала «избегание проблем» – ответы по пунктам № 4, 6, 10, 13, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 30.

Нормы для оценки результатов методики

Уровень	Разрешение проблем	Поиск социальной поддержки	Избегание проблем
Очень низкий	< 16	< 13	< 15
Низкий	17 – 21	14 – 18	16 – 23
Средний	22 – 30	19 – 28	24 – 26
Высокий	> 31	> 29	> 27

Методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (С. Норман, Д.Ф. Эндлер, Д.А. Джеймс, М.И. Паркер)

Цель: диагностика копинг-стратегий поведения.

Адаптированный вариант опросника копинг-стрессового поведения (адаптация Т.А. Крюковой) включает перечень заданных реакций на стрессовые ситуации и нацелен на определение доминирующих копинг-стрессовых поведенческих стратегий (ориентация на решение задачи, эмоции и избегание). Опросник включает 48 утверждений с рейтинговой шкалой, может использоваться с подросткового возраста.

Инструкция: Ниже приводятся возможные реакции человека на различные трудные, огорчающие или стрессовые ситуации. Обведите, пожалуйста, кружком одну из цифр от 1

до 5, отвечая на каждый из следующих пунктов. Укажите, как часто вы ведете себя подобным образом в трудной стрессовой ситуации.

Бланк ответов

№	Типы поведения и реакций в стрессовых ситуациях	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Очень часто 5
1	2	3	4	5	6	7
1	Стараюсь тщательно распределять свое время					
2	Сосредоточиваюсь на проблеме и думаю, как ее можно решить					
3	Думаю о чем-то хорошем, что было в моей жизни					
4	Стараюсь быть на людях					
5	Виню себя за нерешительность					
6	Делаю то, что считаю подходящим в данной ситуации					
7	Погружаюсь в свою боль и страдания					
8	Виню себя за то, что оказался в данной ситуации					
9	Хожу по магазинам, ничего не покупая					
10	Думаю о том, что для меня самое главное					
11	Стараюсь больше спать					
12	Балую себя любимой едой					
13	Переживаю, что не могу справиться с ситуацией					
14	Испытываю нервное напряжение					
15	Вспоминаю, как я решал аналогичные проблемы раньше					
16	Говорю себе, что это происходит не со мной					

1	2	3	4	5	6	7
17	Виню себя за слишком эмоциональное отношение к ситуации					
18	Иду куда-нибудь перекусить или пообедать					
19	Испытываю эмоциональный шок					
20	Покупаю себе какую-нибудь вещь					
21	Определяю курс действий и придерживаюсь его					
22	Обвиняю себя за то, что не знаю, как поступить					
23	Иду на вечеринку					
24	Стараюсь вникнуть в ситуацию					
25	Застываю, «замораживаюсь» и не знаю, что делать					
26	Немедленно предпринимаю меры, чтобы исправить ситуацию					
27	Обдумываю случившееся или свое отношение к случившемуся					
28	Жалею, что не могу изменить случившегося или свое отношение к случившемуся					
29	Иду в гости к другу					
30	Беспокоюсь о том, что я буду делать					
31	Провожу время с дорогим человеком					
32	Иду на прогулку					
33	Говорю себе, что это никогда не случится вновь					
34	Сосредоточиваюсь на своих недостатках					
35	Разговариваю с тем, чей совет я особенно ценю					

1	2	3	4	5	6	7
36	Анализирую проблему, прежде чем реагировать на нее					
37	Звоню другу					
38	Испытываю раздражение					
39	Решаю, что теперь важнее всего делать					
40	Смотрю кинофильм					
41	Контролирую ситуацию					
42	Прилагаю дополнительные усилия, чтобы все сделать					
43	Разрабатываю несколько различных решений проблемы					
44	Беру отпуск или отгул, отдаляюсь от ситуации					
45	Отыгрываюсь на других					
46	Использую ситуацию, чтобы доказать, что я могу сделать это					
47	Стараюсь собраться, чтобы выйти победителем из ситуации					
48	Смотрю телевизор					

Обработка и интерпретация результатов

При обработке подсчитывается сумма баллов по трем основным шкалам: копинг, ориентированный на решение задачи, эмоции, избегание, а также по двум дополнительным субшкалам, относящимся к стратегии избегания. Чем более выражен балл, тем чаще используется стратегия. По результатам подсчета можно выстроить профиль, какая стратегия является доминирующей, какая – ситуативной.

Для копинга, ориентированного на решение задачи, суммируются следующие 16 пунктов: 1, 2, 6, 10, 15, 21, 24, 26, 27, 36, 39, 41, 42, 43, 46, 47.

Для копинга, ориентированного на эмоции, суммируются следующие 16 пунктов: 5, 7, 8, 13, 14, 16, 17, 19, 22, 25, 28, 30, 33, 34, 38, 45.

Для копинга, ориентированного на избегание, суммируются следующие 16 пунктов: 3, 4, 9, 11, 12, 18, 20, 23, 29, 31, 32, 35, 37, 40, 44, 48.

Можно подсчитать субшкалу отвлечения из 8 пунктов, относящихся к избеганию: 9, 11, 12, 18, 20, 40, 44, 48.

Субшкала социального отвлечения может быть подсчитана из следующих 5 пунктов, относящихся к избеганию: 4, 29, 31, 35, 37 (пункты избегания 3, 23 и 32 не используются в субшкалах отвлечения и социального отвлечения).

Опросник креативности Дж. Джонсона

Опросник креативности Дж. Джонсона (ОК) фокусирует внимание на тех элементах, которые связаны с *творческим самовыражением*. По Дж. Джонсону (1973), *креативность* проявляется как неожиданный продуктивный акт, совершенный исполнителем спонтанно в определенной обстановке социального взаимодействия. При этом исполнитель опирается на собственные знания и возможности.

Для определения надежности опросника Дж. Джонсон сравнивал между собой данные, полученные от разных респондентов (экспертов), которые проводили оценку творческих возможностей одних и тех же учеников в различных ситуациях. По Дж. Джонсону, коэффициент корреляции между данными различных экспертов достаточно высок (в пределах от 0,70 до 0,80). Следует также отметить, что согласованность данных различных экспертов между собой возрастает с увеличением возраста детей.

Выявлены достаточно высокие коэффициенты валидности опросника Дж. Джонсона (есть значимая положительная корреляция между данными ОК и данными методики «Социальное взаимодействие и креативность в коммуникационной системе», вербальной батареей тестов творческого мышления Торренса ($r = 0,56$), тестом отдаленных ассоциаций ($r =$

0,51), отдельными субтестами теста Векслера ($r = 0,62$), показателями теста «Прогрессивные матрицы Равена» ($r = 0,48$), а также показателями теста ШТУР ($r = 0,41$).

ОК – это объективный, состоящий из восьми пунктов контрольный список характеристик творческого мышления и поведения, разработанный специально для идентификации проявлений креативности, доступных внешнему наблюдению. ОК используется как экспресс-метод, позволяющий быстро и качественно провести психодиагностику креативности. Опросник предназначен для психологов, а также может применяться педагогами после предварительной консультации со школьным психологом.

Для оценки креативности по ОК эксперт наблюдает за социальными взаимодействиями интересующего его лица в той или иной окружающей среде (в классе, во время какой-либо деятельности, на занятиях, на собрании и т.д.). Затем по результатам наблюдения эксперт оценивает проявления креативности испытуемого по 8 пунктам списка характеристик креативности, используя шкалу из 5 градаций для оценки каждого утверждения. Заполнение опросника требует 10-20 минут. Данный опросник также позволяет провести самооценку креативности (учащимися старшего школьного возраста).

Контрольный список характеристик креативности

Творческая личность способна:

1. Ощущать тонкие, неопределенные, сложные особенности окружающего мира (чувствительность к проблеме, предпочтение сложностей).
2. Выдвигать и выражать большое количество различных идей в данных условиях (беглость).
3. Предлагать разные виды, типы, категории идей (гибкость).
4. Предлагать дополнительные детали, идеи, версии или решения (находчивость, изобретательность).

5. Проявлять воображение, чувство юмора и развивать гипотетические возможности (воображение, способности к структурированию).

6. Демонстрировать поведение, которое является неожиданным, оригинальным, но полезным для решения проблемы (оригинальность, изобретательность и продуктивность).

7. Воздерживаться от принятия первой пришедшей в голову типичной, общепринятой позиции, выдвигать различные идеи и выбирать лучшую (независимость, нестандартность).

8. Проявлять уверенность в своем решении, несмотря на возникшие затруднения, брать на себя ответственность за нестандартную позицию, мнение, содействующее решению проблемы (уверенный стиль поведения с опорой на себя, самодостаточное поведение).

Лист ответов

Класс _____ Дата _____

Школа _____ Возраст _____

Респондент (Ф. И. О.) _____

Инструкция. В листе ответов номерами от 1 до 8 отмечены характеристики творческого проявления (креативности). Их перечень приведен в тексте опросника. Пожалуйста, оцените, используя пятибалльную систему, в какой степени у каждого ученика проявляются вышеописанные характеристики.

Возможные оценочные баллы:

- никогда (1)
- редко (2)
- иногда (3)
- часто (4)
- постоянно (5)

№ п/п	ФИО	Характеристики креативности								Сумма баллов
		1	2	3	4	5	6	7	8	

Общая оценка креативности является суммой баллов по восьми пунктам (минимальная оценка – 8, максимальная оценка – 40 баллов). Соотношение полученных баллов по опроснику Дж. Джонсона и уровней креативности представлено ниже в таблице.

Уровень креативности	Сумма баллов
Очень высокий	40-34
Высокий	33-27
Нормальный, средний	26-20
Низкий	19-15
Очень низкий	14-8

Методика диагностики эмоционального «выгорания» личности В.В. Бойко

Цель: диагностика эмоционального выгорания личности в профессиональной деятельности

Опросник создан В.В. Бойко в конце 1990-х гг., включает 84 утверждения с дихотомической шкалой. Опросник предназначен для диагностики взрослых лиц без особых ограничений по каким-либо социальным и т. п. признакам. Значимые данные по процедуре разработки и стандартизации опросника отсутствуют.

Согласно В.В. Бойко эмоциональное «выгорание» – это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Эмоциональное «выгорание» представляет собой приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения. «Выгорание» – отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать дисфункциональные следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами.

Инструкция: Если Вы являетесь профессионалом в какой-либо сфере взаимодействия с людьми, Вам будет интересно увидеть, в какой степени у Вас сформировалась психологическая защита в форме эмоционального «выгорания». Читайте суждения и отвечайте «да» или «нет». Примите во внимание, что если в формулировках опросника идет речь о партнерах, то имеются в виду субъекты Вашей профессиональной деятельности – пациенты, клиенты, потребители, заказчики, учащиеся и другие люди, с которыми Вы ежедневно работаете.

Текст опросника

1. Организационные недостатки на работе постоянно заставляют нервничать, переживать, напрягаться.
2. Сегодня я доволен своей профессией не меньше, чем в начале карьеры.
3. Я ошибся в выборе профессии или профиля деятельности (занимаю не свое место).
4. Меня беспокоит то, что я стал хуже работать (менее продуктивно, качественно, медленнее).
5. Теплота взаимодействия с партнерами очень зависит от моего настроения – хорошего или плохого.

6. От меня как профессионала мало зависит благополучие партнеров.
7. Когда я прихожу с работы домой, то некоторое время (часа 2-3) мне хочется побыть одному, чтобы со мной никто не общался.
8. Когда я чувствую усталость или напряжение, то стараюсь поскорее решить проблемы партнера (свернуть взаимодействие).
9. Мне кажется, что эмоционально я не могу дать партнерам того, что требует профессиональный долг.
10. Моя работа притупляет эмоции.
11. Я откровенно устал от человеческих проблем, с которыми приходится иметь дело на работе.
12. Бывает, я плохо засыпаю (сплю) из-за переживаний, связанных с работой.
13. Взаимодействие с партнерами требует от меня большого напряжения.
14. Работа с людьми приносит все меньше удовлетворения.
15. Я бы сменил место работы, если бы представилась возможность.
16. Меня часто расстраивает то, что я не могу должным образом оказать партнеру профессиональную поддержку, услугу, помощь.
17. Мне всегда удается предотвратить влияние плохого настроения на деловые контакты.
18. Меня очень огорчает, если что-то не ладится в отношениях с деловым партнером.
19. Я настолько устаю на работе, что дома стараюсь общаться как можно меньше.
20. Из-за нехватки времени, усталости или напряжения часто уделяю внимание партнеру меньше, чем положено.
21. Иногда самые обычные ситуации общения на работе вызывают раздражение.

22. Я спокойно воспринимаю обоснованные претензии партнеров.
23. Общение с партнерами побудило меня сторониться людей.
24. При воспоминании о некоторых коллегах по работе или партнерах у меня портится настроение.
25. Конфликты или разногласия с коллегами отнимают много сил и эмоций.
26. Мне все труднее устанавливать или поддерживать контакты с деловыми партнерами.
27. Обстановка на работе мне кажется очень трудной, сложной.
28. У меня часто возникают тревожные ожидания, связанные с работой: что-то должно случиться, как бы не допустить ошибки, смогу ли сделать все как надо, не сократят ли и т. п.
29. Если партнер мне неприятен, я стараюсь ограничить время общения с ним или меньше уделять ему внимания.
30. В общении на работе я придерживаюсь принципа: «Не делай людям добра, не получишь зла».
31. Я охотно рассказываю домашним о своей работе.
32. Бывают дни, когда мое эмоциональное состояние плохо сказывается на результатах работы (меньше делаю, снижается качество, случаются конфликты).
33. Порой я чувствую, что надо проявить к партнеру эмоциональную отзывчивость, но не могу.
34. Я очень переживаю за свою работу.
35. Партнерам по работе отдаешь внимания и заботы больше, чем получаешь от них признательности.
36. При мысли о работе мне обычно становится не по себе: начинает колоть в области сердца, повышается давление, появляется головная боль.
37. У меня хорошие (вполне удовлетворительные) отношения с непосредственным руководителем.

38. Я часто радуюсь, видя, что моя работа приносит пользу людям.
39. В последнее время (или как всегда) меня преследуют неудачи в работе.
40. Некоторые стороны (факты) моей работы вызывают глубокое разочарование, повергают в уныние.
41. Бывают дни, когда контакты с партнерами складываются хуже, чем обычно.
42. Я разделяю деловых партнеров (субъектов деятельности) на «хороших» и «плохих».
43. Усталость от работы приводит к тому, что я стараюсь сократить общение с друзьями и знакомыми.
44. Я обычно проявляю интерес к личности партнера помимо того, что касается дела.
45. Обычно я прихожу на работу отдохнувшим, со свежими силами, в хорошем настроении.
46. Я иногда ловлю себя на том, что работаю с партнерами автоматически, без души.
47. На работе встречаются настолько неприятные люди, что невольно желаешь им чего-нибудь плохого.
48. После общения с неприятными партнерами у меня бывает ухудшение физического или психического самочувствия.
49. На работе я испытываю постоянные физические или психологические перегрузки.
50. Успехи в работе вдохновляют меня.
51. Ситуация на работе, в которой я оказался, кажется безысходной (почти безысходной).
52. Я потерял покой из-за работы.
53. На протяжении последнего года была жалоба (были жалобы) в мой адрес со стороны партнера(ов).
54. Мне удается беречь нервы благодаря тому, что многое из происходящего с партнерами я не принимаю близко к сердцу.

55. Я часто с работы приношу домой отрицательные эмоции.
56. Я часто работаю через силу.
57. Прежде я был более отзывчивым и внимательным к партнерам, чем теперь.
58. В работе с людьми руководствуюсь принципом: «Не трать нервы, береги здоровье».
59. Иногда иду на работу с тяжелым чувством: как все надоело, никого бы не видеть и не слышать.
60. После напряженного рабочего дня я чувствую недомогание.
61. Контингент партнеров, с которым я работаю, очень трудный.
62. Иногда мне кажется, что результаты моей работы не стоят тех усилий, которые я затрачиваю.
63. Если бы мне повезло с работой, я был бы более счастлив.
64. Я в отчаянии из-за того, что на работе у меня серьезные проблемы.
65. Иногда я поступаю со своими партнерами так, как не хотел бы, чтобы поступали со мной.
66. Я осуждаю партнеров, которые рассчитывают на особое снисхождение, внимание.
67. Чаще всего после рабочего дня у меня нет сил заниматься домашними делами.
68. Обычно я тороплю время: скорей бы рабочий день кончился.
69. Состояния, просьбы, потребности партнеров обычно меня искренне волнуют.
70. Работая с людьми, я обычно как бы ставлю экран, защищающий от чужих страданий и отрицательных эмоций.
71. Работа с людьми (партнерами) очень разочаровала меня.
72. Чтобы восстановить силы, я часто принимаю лекарства.
73. Как правило, мой рабочий день проходит спокойно и легко.

74. Мои требования к выполняемой работе выше, чем то, чего я достигаю в силу обстоятельств.
75. Моя карьера сложилась удачно.
76. Я очень нервничаю из-за всего, что связано с работой.
77. Некоторых из своих постоянных партнеров я не хотел бы видеть и слышать.
78. Я одобряю коллег, которые полностью посвящают себя людям (партнерам), забывая о собственных интересах.
79. Моя усталость на работе обычно мало сказывается (никак не сказывается) на общении с домашними и друзьями.
80. Если предоставляется случай, я уделяю партнеру меньше внимания, но так, чтобы он этого не заметил.
81. Меня часто подводят нервы в общении с людьми на работе.
82. Ко всему (почти ко всему), что происходит на работе, я утратил интерес, живое чувство.
83. Работа с людьми плохо повлияла на меня как на профессионала – обозлила, сделала нервным, притупила эмоции.
84. Работа с людьми явно подрывает мое здоровье.

Обработка и интерпретация результатов

Результаты диагностики обрабатываются по ключу. В ключе представлены 12 основных симптомов эмоционального выгорания, распределенных в 3 фазы развития стресса (напряжение, резистенция, истощение). К каждому симптому отнесены определенные номера вопросов из опросника с необходимым знаком ответа («+» для ответа «да» и «-» для ответа «нет»). Если ответ испытуемого на данный вопрос совпадает с ключом, то ему присуждается количество баллов, указанное в скобках.

Каждый вариант ответа предварительно оценен компетентными экспертами тем или иным количеством баллов (указывается в ключе рядом с номером суждения в скобках). Это сделано потому, что признаки, включенные в симптом,

имеют разное значение в определении его тяжести. Максимальную оценку (10 баллов) получил от экспертов признак, наиболее показательный для симптома. Затем в соответствии с ключом осуществляются следующие подсчеты:

1) определяется сумма баллов отдельно для каждого из 12 симптомов «выгорания»;

2) подсчитывается сумма показателей симптомов для каждой из трех фаз формирования «выгорания»;

3) находится итоговый показатель синдрома эмоционального «выгорания» – сумма показателей всех 12 симптомов.

I. Напряжение

1. Переживание психотравмирующих обстоятельств:

+1(2), +13(3), +25(2), -37(3), +49(10), +61(5), -73(5);

2. Неудовлетворенность собой:

-2(3), +14(2), +26(2), -38(10), -50(5), +62(5), +74(3);

3. «Загнанность в клетку»:

+3(10), +15(5), +27(2), +39(2), +51(5), +63(1), -75(5);

4. Тревога и депрессия:

+4(2), +16(3), +28(5), +40(5), +52(10), +64(2), +76(3).

II. Резистенция

1. Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование:

+5(5), -17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5);

2. Эмоционально-нравственная дезориентация:

+6(10), -18(3), +30(3), +42(5), +54(2), +66(2), -78(5);

3. Расширение сферы экономики эмоций:

+7(2), +19(10), -31(2), +43(5), +55(3), +67(3), -79(5);

4. Редукция профессиональных обязанностей:

+8(5), +20(5), +32(2), -44(2), +56(3), +68(3), +80(10).

III. Истощение

1. Эмоциональный дефицит:

+9(3), +21(2), +33(5), -45(5), +57(3), -69(10), +81(2);

2. *Эмоциональная отстраненность:*

+10(2), +22(3), -34(2), +46(3), +58(5), +70(5), +82(10);

3. *Личностная отстраненность (деперсонализация):*

+11(2), +23(3), +35(3), +47(5), +59(5), +72(2), +83(10);

4. *Психосоматические и психовегетативные нарушения:*

+12(3), +24(2), +36(5), +48(3), +60(2), +72(10), +84(5).

Предложенная методика дает подробную картину синдрома эмоционального «выгорания». Прежде всего надо обратить внимание на отдельно взятые симптомы. Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов:

9 и менее баллов – несложившийся симптом;

10-15 баллов – складывающийся симптом;

16 и более – сложившийся симптом.

Симптомы с показателями 20 и более баллов относятся к доминирующим в фазе или во всем синдроме эмоционального «выгорания». Методика позволяет увидеть ведущие симптомы «выгорания». Важно отметить, к какой фазе формирования стресса относятся доминирующие симптомы и в какой фазе их наибольшее число.

Дальнейший шаг в интерпретации результатов диагностики – осмысление показателей фаз развития стресса – *напряжение, резистенция и истощение*. В каждой из них оценка возможна в пределах от 0 до 120 баллов. Однако сопоставление баллов, полученных для фаз, неправомерно, ибо не свидетельствует об их относительной роли или вкладе в синдром. Дело в том, что измеряемые в них явления существенно разные – реакция на внешние и внутренние факторы, приемы психологической защиты, состояние нервной системы. По количественным показателям правомерно судить только о том, насколько каждая фаза сформировалась, какая фаза сформировалась в большей или меньшей степени:

36 и менее баллов – фаза не сформировалась;

37-60 баллов – фаза в стадии формирования;

61 и более баллов – сформировавшаяся фаза.

Оперируя смысловым содержанием и количественными показателями, подсчитанными для разных фаз формирования синдрома «выгорания», можно дать достаточно объемную характеристику личности и, что не менее важно, наметить индивидуальные меры профилактики и психокоррекции. Освещаются следующие вопросы:

- какие симптомы доминируют;
- какими сложившимися и доминирующими симптомами сопровождается истощение;
- объяснимо ли истощение (если оно выявлено) факторами профессиональной деятельности, вошедшими в симптоматику «выгорания», или субъективными факторами;
- какой симптом (симптомы) более всего отягощает эмоциональное состояние личности;
- в каких направлениях надо влиять на производственную обстановку, чтобы снизить нервное напряжение;
- какие признаки и аспекты поведения самой личности подлежат коррекции, чтобы эмоциональное «выгорание» не наносило ущерба ей, профессиональной деятельности и партнерам.

Методика определения психического «выгорания» (А.А. Рукавишников)

Цель: интегральная диагностика психического «выгорания», включающая различные подструктуры личности.

Опросник разработан А.А. Рукавишниковым (1998 г.) для диагностики эмоционального выгорания в профессиональной деятельности педагогов. Опросник включает 72 утверждения о чувствах и эмоциях, которые педагог испытывает по поводу своей работы. В опроснике для ответов используется рейтинговая шкала из четырех пунктов. Результа-

ты подсчитываются по трем шкалам: психоэмоционального истощения, личностного отдаления и профессиональной мотивации, а также общий индекс психического выгорания педагога.

Инструкция: Вам предлагается ответить на ряд утверждений, касающихся чувств, связанных с работой. Пожалуйста, прочитайте высказывания и решите, испытывали ли вы нечто подобное, в соответствии с предложенной шкалой (выбрав подходящий вариант ответа):

никогда – 0;

редко – 1;

обычно – 2;

часто – 3.

Текст опросника

1. Я легко раздражаюсь.
2. Думаю, что работаю лишь потому, что надо где-то работать.
3. Меня беспокоит, что думают коллеги о моей работе.
4. Я чувствую, что у меня нет никаких эмоциональных сил вникать в чужие проблемы.
5. Меня мучает бессонница.
6. Думаю, что если бы представилась удачная возможность, я бы сменил место работы.
7. Я работаю с большим напряжением.
8. Моя работа приносит мне удовлетворение.
9. Я чувствую, что работа с людьми изматывает меня.
10. Думаю, что моя работа важна.
11. Я устаю от человеческих проблем, с решением которых сталкиваюсь на работе.
12. Я доволен профессией, которую выбрал.
13. Непонятливость моих коллег или учеников раздражает меня.
14. Я эмоционально устаю на работе.

15. Думаю, что я не ошибся в выборе своей профессии.
16. Я чувствую себя опустошенным и разбитым после рабочего дня.
17. Чувствую, что получаю мало удовлетворения от достигнутых успехов на работе.
18. Мне трудно устанавливать или поддерживать тесные контакты с коллегами по работе.
19. Для меня важно преуспеть на работе.
20. Идя утром на работу, я чувствую себя свежим и отдохнувшим.
21. Мне кажется, что результаты моей работы не стоят затраченных мною усилий.
22. У меня не хватает времени на мою семью и личную жизнь.
23. Я полон оптимизма по отношению к своей работе.
24. Мне нравится моя работа.
25. Я устал все время стараться.
26. Меня утомляет участие в дискуссиях на профессиональные темы.
27. Мне кажется, что я изолирован от своих коллег по работе.
28. Я удовлетворен своим профессиональным выбором так же, как и в начале карьеры.
29. Я чувствую физическое напряжение, усталость.
30. Постепенно я начинаю испытывать безразличие к своим ученикам.
31. Работа эмоционально выматывает меня.
32. Я использую лекарства для улучшения самочувствия.
33. Меня интересуют результаты работы моих коллег.
34. Утром мне трудно вставать и идти на работу.
35. На работе меня преследует мысль: поскорее бы рабочий день закончился.
36. Нагрузка на работе практически невыносима.

37. Я ощущаю радость, помогая окружающим людям.
38. Я чувствую, что стал более безразличным к своей работе.
39. Случается, что у меня без особой причины начинает болеть голова или желудок.
40. Я прилагаю усилия, чтобы быть терпеливым с учениками.
41. Я люблю свою работу.
42. У меня возникает чувство, что глубоко внутри я эмоционально не защищен.
43. Меня раздражает поведение моих учеников.
44. Мне легко понять чувства окружающих по отношению ко мне.
45. Меня часто охватывает желание все бросить и уйти с рабочего места.
46. Я замечаю, что становлюсь более черствым по отношению к людям.
47. Я чувствую эмоциональное напряжение.
48. Я совершенно не увлечен и даже не интересуюсь своей работой.
49. Я чувствую себя измотанным.
50. Я считаю, что своим трудом я приношу пользу людям.
51. Временами я сомневаюсь в своих способностях.
52. Я испытываю ко всему, что происходит вокруг, полную апатию,
53. Выполнение повседневных дел для меня – источник удовольствия и удовлетворения.
54. Я не вижу смысла в том, что делаю на работе.
55. Я чувствую удовлетворение от выбранной мной профессии.
56. Хочется «плюнуть» на все.
57. Я жалуюсь на здоровье без четко определенных симптомов.

58. Я доволен своим положением на работе и в обществе.
59. Мне понравилась бы работа, отнимающая мало времени и сил.
60. Я чувствую, что работа с людьми сказывается на моем физическом здоровье.
61. Я сомневаюсь в значимости своей работы.
62. Испытываю чувство энтузиазма по отношению к работе.
63. Я так устаю на работе, что не в состоянии выполнять свои повседневные домашние обязанности.
64. Считаю, что вполне компетентен в решении проблем, возникающих на работе.
65. Чувствую, что могу дать детям больше, чем даю.
66. Мне буквально приходится заставлять себя работать.
67. Присутствует ощущение, что я могу легко расстроиться, впасть в уныние.
68. Мне нравится отдавать работе все силы.
69. Я испытываю состояние внутреннего напряжения и раздражения.
70. Я стал с меньшим энтузиазмом относиться к своей работе.
71. Верю, что способен выполнить все, что задумано.
72. У меня нет желания глубоко вникать в проблемы моих учеников.

Обработка и интерпретация данных

Данная методика включает три шкалы: психоэмоционального истощения (ПИ), личностного отдаления (ЛО) и профессиональной мотивации (ПМ). Для определения психического «выгорания» в пределах указанных шкал используются специальным ключом:

ПИ (25 утверждений): 1, 5, 7, 14, 16, 17, 20, 25, 29, 31, 32, 34, 36, 39, 42, 45, 47, 49, 52, 54, 57, 60, 63, 67, 69;

ЛО (24 утверждения): 3, 4, 9, 10, 11, 13, 18, 21, 30, 33, 35, 38, 40, 43, 46, 48, 51, 56, 59, 61, 66, 70, 71, 72;

ПМ (23 утверждения): 2, 6, 8, 12, 15, 19, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 37, 41, 44, 50, 53, 55, 58, 62, 64, 65, 68.

Количественная оценка психического «выгорания» по каждой шкале осуществляется путем перевода ответов в трехбалльную систему («часто» – 3 балла, «обычно» – 2 балла, «редко» – 1 балл, «никогда» – 0 баллов) и суммарного подсчета баллов. Затем с помощью нормативной таблицы определяется уровень психического «выгорания» по каждой шкале. В итоге подсчитывается общий «индекс психического выгорания» (ИПВ) путем суммирования сырых баллов по трем шкалам (ИПВ = ПИ + ЛО + ПМ).

Шкалы	Значения				
	крайне низкие	низкие	средние	высокие	крайне высокие
ПИ	<9	10-20	21-39	40-49	>50
ЛО	<9	10-16	17-31	32-40	>41
ПМ	<7	8-12	13-24	25-31	>32
ИПВ	<31	32-51	52-92	93-112	>113

Содержательные характеристики шкал

1) Психоэмоциональное истощение – процесс истощения эмоциональных, физических, энергетических ресурсов профессионала, работающего с людьми. Истощение проявляется в хроническом эмоциональном и физическом утомлении, равнодушии и холодности по отношению к окружающим с признаками депрессии и раздражительности.

2) Личностное отдаление – специфическая форма социальной дезадаптации профессионала, работающего с людьми. Личностное отдаление проявляется в уменьшении количества контактов с окружающими, повышении раздражительности и нетерпимости в ситуациях общения, негативизме по отношению к другим людям.

3) Профессиональная мотивация – уровень рабочей мо-

тивации и энтузиазма по отношению к работе альтруистического содержания. Состояние мотивационной сферы оценивается таким показателем, как продуктивность профессиональной деятельности, оптимизм и заинтересованность в работе, самооценка профессиональной компетентности и степени успешности в работе с людьми.

Ниже приведены жизненные проявления психического «выгорания» на различных системно-структурных уровнях:

Шкалы	Уровни проявления психического «выгорания»		
	межличностный	личностный	мотивационный
ПИ	Психическое истощение. Раздражительность. Агрессивность. Повышенная чувствительность к оценкам других	Низкая эмоциональная толерантность, тревожность	Нежелание идти на работу. Желание скорее окончить рабочий день. Появление прогулов
ЛО	Нежелание контактировать с людьми. Циничное, негативное отношение к людям	Критичное отношение к окружающим и не критичность в оценке самого себя. Значимость своей правоты	Снижение включенности в работу и дела других людей. Безразличие к своей карьере
ПМ	Неудовлетворенность работой и отношениями в коллективе	Заниженная самооценка, неудовлетворенность собой как профессионалом. Чувство низкой профессиональной эффективности и отдачи	Снижение потребности в достижениях

Опросник «Профессиональное выгорание» (К. Маслач, С. Джексон)

Цель: диагностика степени профессионального «выгорания».

Опросник «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» (Maslach Burnout Inwentor (МВИ), 1981 г.) был разработан на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексона и адаптирован Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой. Методика предназначена для диагностики «эмоционального истощения», «деперсонализации» и «профессиональных достижений». Опросник содержит 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с выполнением рабочей деятельности.

О наличии высокого уровня выгорания свидетельствуют высокие оценки по субшкалам «эмоционального истощения» и «деперсонализации» и низкие – по шкале «профессиональная эффективность» (редукция персональных достижений). Соответственно, чем ниже человек оценивает свои возможности и достижения, меньше удовлетворен самореализацией в профессиональной сфере, тем больше выражен синдром выгорания.

Имеются варианты опросника для педагогов, учителей; руководителей среднего звена; сотрудников коммерческой службы (маркетологов, агентов, менеджеров); продавцов розничной торговли; медицинских работников (врачей)³⁷.

Инструкция: Ответьте, пожалуйста, как часто вы испытываете чувства, перечисленные ниже в опроснике. Для этого на бланке для ответов отметьте по каждому пункту вариант ответа, используя следующие обозначения:

- «никогда» – 0;
- «очень редко» – 1;
- «иногда» – 3;
- «часто» – 4;
- «очень часто» – 5;
- «каждый день» – 6.

³⁷ <http://psycabi.net/testy/391-oprosnik-professionalnoe-emotsionalnoe-vygoranie-pv-metodika-k-maslach-i-s-dzhekson-adaptatsiya-n-vodopyanova-e-starchenkova-testy-dlya-diagnostiki-sindroma-pv>

Текст опросника

1. Я чувствую себя эмоционально опустошенным.
2. После работы я чувствую себя как выжатый лимон.
3. Утром я чувствую усталость и нежелание идти на работу.
4. Я хорошо понимаю, что чувствуют мои подчиненные и коллеги, и стараюсь учитывать это в интересах дела.
5. Я чувствую, что общаюсь с некоторыми подчиненными и коллегами как с предметами (без теплоты и расположения к ним).
6. После работы на некоторое время хочется уединиться от всех и всего.
7. Я умею находить правильное решение в конфликтных ситуациях, возникающих при общении с коллегами.
8. Я чувствую угнетенность и апатию.
9. Я уверен, что моя работа нужна людям.
10. В последнее время я стал более черствым по отношению к тем, с кем работаю.
11. Я замечаю, что моя работа ожесточает меня.
12. У меня много планов на будущее, и я верю в их осуществление.
13. Моя работа все больше меня разочаровывает.
14. Мне кажется, что я слишком много работаю.
15. Бывает, что мне действительно безразлично то, что происходит с некоторыми моими подчиненными и коллегами.
16. Мне хочется уединиться и отдохнуть от всего и всех.
17. Я легко могу создать атмосферу доброжелательности и сотрудничества в коллективе.
18. Во время работы я чувствую приятное оживление.
19. Благодаря своей работе я уже сделал в жизни много действительно ценного.
20. Я чувствую равнодушие и потерю интереса ко многому, что радовало меня в моей работе.

21. На работе я спокойно справляюсь с эмоциональными проблемами.
22. В последнее время мне кажется, что коллеги и подчиненные все чаще перекадывают на меня груз своих проблем и обязанностей.

Обработка и интерпретация данных

Опросник имеет три шкалы: «эмоциональное истощение» (9 утверждений), «деперсонализация» (5 утверждений) и «редукция личных достижений» (8 утверждений). Варианты ответов оцениваются следующим образом:

- «никогда» – 0 баллов;
- «очень редко» – 1 балл;
- «иногда» – 3 балла;
- «часто» – 4 балла;
- «очень часто» – 5 баллов;
- «каждый день» – 6 баллов.

Ключ к опроснику

Ниже перечисляются шкалы и соответствующие им пункты опросника:

«Эмоциональное истощение» – ответы «да» по пунктам 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (максимальная сумма баллов – 54).

«Деперсонализация» – ответы по пунктам 5, 10, 11, 15, 22 (максимальная сумма баллов – 30).

«Редукция личных достижений / профессиональная эффективность» – ответы по пунктам 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (максимальная сумма баллов – 48).

Оценка степени выгорания может осуществляться как для каждого отдельного показателя (баллы по каждой шкале суммируются согласно ключу), так и по интегральному показателю. Для этого складываются шкальные оценки трех показателей и соотносятся с тестовыми нормами.

Уровни показателей выгорания

Шкалы	Пол	Уровень			
		низкий	средний	высокий	очень высокий
Шкальные оценки		1 балл	2 балла	3 балла	5 баллов
Эмоциональное истощение	м	5-15	16-24	25-34	>34
	ж	6-16	17-25	26-34	>34
Деперсонализация / цинизм	м	2-4	5-12	13-15	>15
	ж	1-4	5-10	11-13	>14
Профессиональная эффективность	м	37-48	34-28	27-23	<22
	ж	37-48	35-28	27-22	<21

Тестовые нормы для интегрального показателя выгорания

Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень
3-4 балла	5-6 баллов	7-9 баллов	≥10 баллов

Библиографический список

1. Ананьев, В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья: учеб. пособие / В.А. Ананьев. – СПб.: Речь, 2006. – 384 с.
2. Ананьев, В.А. Практикум по психологии здоровья: методическое пособие по первичной специфической и неспецифической профилактике / В.А. Ананьев. – СПб.: Речь, 2007. – 320 с.
3. Байер, К. Здоровый образ жизни: учеб. пособие / К. Байер, Л. Шейнберг // М.: Мир, 2009. – 368 с.
4. Баякина, О.А. Соотношение понятий психического и психологического здоровья личности / О.А. Баякина // Известия Самарского научного центра Российской академии наук, т. 11, 4 (5), 2009. – С. 1195-1200.
5. Березовская, Р.А. Психология профессионального здоровья за рубежом: современное состояние и перспективы развития // Психологические исследования. 2012. Т.5. №26. – С.12.
6. Березовская, Р.А. Становление психологии профессионального здоровья в России / Р.А. Березовская, А.А. Кириллова // Психологический журнал. 2012. №1-2. – С.18-23.
7. Бодров, В.А. Психология профессиональной пригодности: учеб. пособие для вузов / В.А. Бодров. – М.: ПЕРСЭ. – 2005. – 349 с.
8. Большая энциклопедия психологических тестов. – М.: Изд-во Эксмо, 2006 – 416 с.
9. Васильева, О.С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб. пособие / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 352 с.
10. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (Пособие для психологов и врачей) / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова и др. – СПб.: Издательство СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 50 с.
11. Вербина, Г.Г. Акмеологическая концепция развития профессионального здоровья специалиста / Г.Г. Вербина. – Чебоксары: Изд-во Чувашского ун-та, 2010. – 461 с.

12. Водошнянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водошнянова, Е.С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2008. – 258 с.
13. Демина, Л.Д. Психическое здоровье и защитные механизмы личности: учеб. пособие / Л.Д. Демина, И.А. Ральникова. – Барнаул: Изд-во Алтайского гос. университета, 2000. – 123 с.
14. Дерябо, С.Д. Индекс отношения к здоровью и здоровому образу жизни / С.Д. Дерябо, В.А. Ясвин // Директор школы. – 1999. – № 2. – С. 8–13.
15. Дмитриева, Н.Б. Психология здоровья личности: учеб. пособие для студентов / Н.Б. Дмитриева. – Казань: изд-во ТГГПУ, 2010. – 61 с.
16. Дубровина, И.В. Психическое здоровье детей и подростков: учеб. пособие / И.В. Дубровина. – М.: Академия, 2000. – 256 с.
17. Климов, Е.А. Психология профессионального самоопределения: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Е.А. Климов. – М.: Академия, 2004. – 304 с.
18. Методики диагностики интеллекта и креативности: психологический практикум / авт.-сост. О.В. Барканова, М.А. Снегарь [серия: Библиотека актуальной психологии]. – Вып.1. – Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2011. – 171с.
19. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум / сост. О.В. Барканова [серия: Библиотека актуальной психологии]. – Вып.2. – Красноярск: Литерапринт, 2009. – 237 с.
20. Методики оценки уровня психологического здоровья у детей школьного возраста: учеб.-метод. пособие / авт.-составитель Л.В. Сенкевич, под ред. Т.В. Волосовец, Е.Н. Кутеповой. – М.: РУДН, 2007. – 126 с.
21. Митина, Л.М. Профессиональная деятельность и здоровье педагога: учеб. пособие для вузов / Л.М. Митина, Г.В. Митин, О.А. Анисимова. – М.: Академия, 2005. – 368 с.
22. Пахальян, В.Э. Развитие и психологическое здоровье: дошкольный и школьный возраст: учеб. пособие / В.Э. Пахальян. – СПб.: Питер, 2006. – 294 с.

23. Пахальян, В.Э. Психопрофилактика в практической психологии образования: учеб. пособие / В.Э. Пахальян. – М.: Персэ, 2003. – 208 с.
24. Практикум по психологии здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2007. – 350 с.
25. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / под ред. И.В.Дубровиной. – Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 176 с.
26. Психология здоровья: учебник для вузов / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – 607 с.
27. Психология профессионального здоровья: учеб. пособие / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2006. – 480 с.
28. Психология. Психология личности. Психология здоровья. Возрастная психология. Психология и педагогика: хрестоматия / сост. Л.Б. Соколовская. – Красноярск: СибГТУ, 2003. – 112 с.
29. Секач, М.Ф. Психология здоровья: учебное пособие для высшей школы / М.Ф. Секач. – М.: Академический Проект: Гаудеамус, 2005. – 192 с.
30. Сизанов, А.Н. Здоровье и семья: психологический аспект: учеб. пособие / А.Н. Сизанов. – Минск: Изд-во Беларусь, 2008. – 464 с.
31. Фетискин Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. 2-е изд., доп. / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. – М.: Изд-во «Захаров», 2009. – 544 с.
32. Хухлаева, О.В. Коррекция нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / О.В. Хухлаева. – М.: Академия, 2003. – 176 с.

Баякина О.А Соотношение понятий психического и психологического здоровья личности^{38, 39}

Актуальность исследования психологического здоровья обусловлена в первую очередь определяющим значением самого феномена здоровья для жизнедеятельности человека. Понятие «здоровье» синкретично, то есть характеризуется сложностью, многозначностью и неоднородностью. Важнейшей составляющей здоровья человека является психологическое здоровье, которое служит основой эффективности как профессиональной деятельности, так и общего благополучия человека и, по мнению М.Ф. Секача, должно рассматриваться как «непременное условие социальной стабильности и прогнозируемости процессов, происходящих в обществе» (Секач, 2003, С. 3). Однако в наше время еще встречается убеждение, что для понимания здоровья достаточно обыденного здравого смысла (Васильева, Филатов, 2001). Решение обозначенной проблемы возможно посредством предварительного научного осмысления содержания понятия «психологическое здоровье». Такое осмысление затрудняется тем, что в многочисленных научных трудах нет четкого разграничения понятий «психическое» и «психологическое» здоровье, а в некоторых публикациях наблюдается подмена одного понятия другим. Возможно, это объясняется тем, что долгое время проблема здоровья оставалась за рамками интереса психологической науки.

Если обратиться к истории ее становления, то можно обнаружить, что психика и личность как автономные, целостные системы стали предметом научного исследования, пре-

³⁸ <http://bib.convdocs.org/v4792/?cc=1>

³⁹ http://www.ssc.smr.ru/media/journals/izvestia/2009/2009_4_1195_1200.pdf

имущественно из-за своих аномальных проявлений. Именно врачи психотерапевты, которые стремились раскрыть причины психических нарушений, выдвинули первые теории, призванные научно истолковать разнообразие психических явлений. В условиях ежедневной психотерапевтической работы родились учения З. Фрейда, А. Адлера, К. Г. Юнга. Таким образом, именно патопсихология была отправным пунктом в построении большинства фундаментальных психологических теорий личности. В результате фокус внимания выдающихся исследователей человеческой психики в XX столетии неуклонно смещался к полюсу болезни, патологии и страдания. Одним из основных противников такого смещения был Г. Олпорт. В частности, он полемизировал с представителями психоанализа и бихевиоризма, так как считал, что они недооценивают уникальные, осознанные и динамические аспекты личности. Олпорт в большей степени, чем кто-либо другой, отстаивал разносторонний подход к ее изучению. Он признавал, что почти все теории содержат находки, принципы и подходы, расширяющие возможность понимания человеческого опыта и поведения. В то же время он был глубоко убежден в том, что другие теории неоправданно игнорируют здоровую, зрелую личность. «Некоторые теории развития основаны, главным образом, на поведении психически нездоровых и тревожных людей или же на выходках, доведенных до крайности лабораторных крыс. Очень немногие теории сформировались на основе изучения здоровых человеческих существ, таких, которые не столько стараются сохранить свою жизнь, сколько стремятся сделать ее осмысленной» (по Хьеллу, Зиглеру, 2003, С. 290). Несмотря на попытки заполнить пробел в исследованиях феноменологии здоровья, научно-обоснованных данных о соотношении психического и психологического здоровья личности на сегодняшний день явно недостаточно.

До недавнего времени в многочисленных исследованиях эти понятия вообще рассматривались как синонимы. Хотя, возможно, термин «рассматривались» не совсем точен, поскольку попытки разделить эти понятия просто не предпринимались. Анализ современной научной литературы убеждает в том, что зачастую авторы допускали подмену одного понятия другим. Для иллюстрации подобного заявления достаточно нескольких примеров.

В учебном пособии «Психическое здоровье и защитные механизмы личности» Л.Д. Деминой, И.А. Ральниковой введение начинается следующими словами: «Проблема *психологического* здоровья личности, живущей в нестабильном, изменяющемся мире, сложных, экстремальных социологических условиях, выступает на первый план в конце прошлого – начале нового, XXI века – века наук о человеке, среди которых и не только, на первый взгляд, консолидирующее место принадлежит психологии» (Демина, Ральникова, 2000, С. 5). Далее – «в специальной литературе довольно широко и активно обсуждается проблема о социальном индуцировании специфических нарушений *психологического* здоровья. Один из первых указал на это З. Фрейд». И здесь же – «Положение о том, что нарушения *психического* здоровья есть следствие индивидуальной социализации, до сих пор является базовой идеей психоаналитических взглядов. Более того, эта мысль характерна и для многих направлений современных психологии и отчетливо представлена так же и в гуманистической психологии, в частности, в работах А. Маслоу» (Там же).

К сожалению, такие случаи подмены понятий не единичны. В сборнике «Социальная психология личности в вопросах и ответах» под редакцией В.А. Лабунской двадцатый раздел, автором которого является О.С. Васильева, носит название «Психологическое здоровье личности», между тем в тексте раздела данный термин не используется ни разу (Васильева, 2000).

О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов – авторы поистине монументального труда по психологии здоровья, имеющего одноименное название, также допускают подобную неточность. Цитата И.В. Дубровиной, которую они приводят в своей книге, звучит следующим образом: «Как отмечала И.В.Дубровина, «термин *«психическое здоровье личности»* имеет отношение *не* к отдельным психическим процессам и механизмам, но относится к личности в целом»» (Васильева, Филатов, 2001). На самом деле И.В. Дубровина пишет дословно следующее: «Если термин *«психическое здоровье»* имеет отношение, с нашей точки зрения, *прежде всего к отдельным психическим процессам* и механизмам, то термин *«психологическое здоровье»* относится к личности в целом...» (Дубровина, 2000, с. 6).

Возможно, подобные неточности возникают в силу того, что (как мы уже отмечали выше) долгое время проблема здоровья оставалась за рамками интереса психологической науки. Психология XX века была сосредоточена, в основном, на аномалиях человеческой природы, в то время как здоровье личности редко становилось предметом основательного исследования. Неудивительно поэтому, что понятие «психическое здоровье» и его норма имеют выраженный медицинский контекст. Как справедливо отмечает Б.С. Братусь, когда встает вопрос о критериях психического здоровья, все сводится либо к статистическим критериям, либо к адапционным, либо к негативным (пока явно не болен, то здоров) и т. п. (Братусь, 1988). Все эти критерии психология позаимствовала из дисциплин естественного цикла: из физиологии – понятия адаптивности и гомеостаза; из медицины – модели здоровья, как отсутствия болезней и т.п. Только во второй половине прошлого века, когда в сферу научного интереса был включен здоровый человек, стало ясно, что применять к личности только эти критерии недостаточ-

но. Переосмысление проблем здоровья и патологии обозначилось в переходе от свойственной психиатрии и психопатологии жесткого фиксирования нормальных и болезненных состояний к исследованию процесса становления личности, ее свободного и искреннего самораскрытия.

Так, Э. Фромм выделял пять социальных типов характера, представляющих собой взаимодействие экзистенциальных потребностей и социального контекста, в котором живут люди. Э. Фромм разделил их на два больших класса: непродуктивные (нездоровые) и продуктивные (здоровые) типы. Категорию продуктивных представляет тип идеального психического здоровья в понимании Э. Фромма. Этот тип независимый, честный, спокойный, любящий, творческий и совершающий социально-полезные поступки (Фромм, 1998).

Э. Эриксон подчеркивал биосоциальную природу и адаптивный характер поведения личности, интегративным качеством которой выступает психосоциальная идентичность. По мнению Эриксона, релевантно-фундирующий образ Эго и те или иные поведенческие паттерны должны вырабатываться в течении длительного периода эволюции личности и быть, таким образом, генерально-витальными факторами, обуславливающими психическое здоровье субъекта. Изменение социокультурных условий существования личности ведет к утрате прежней и необходимости формирования новой идентичности. Возникающие на этом пути личностные затруднения могут привести к тяжелому неврозу (потеря себя) (Эриксон, 1995, 1996).

А. Адлер в качестве одного из критериев оценки здоровья индивидуума выделил выраженность социального интереса, ссылаясь на него, как на барометр нормальности. То есть, с позиции Адлера, жизнь человека ценна только в той степени, в какой он способствует повышению ценности жизни других людей. Здоровые люди по-настоящему беспокоятся о других (Адлер, 1995).

К. Юнг первым из теоретиков личности доказывал, что для достижения здоровья разнонаправленные тенденции личности должны быть интегрированы в согласованное целое. Результатом такого единства становится «обретение самости». Сам процесс интеграции многих противодействующих внутрличностных сил и тенденций получил название «индивидуация». Когда достигнута интеграция всех аспектов души, человек ощущает единство, гармонию и целостность (Юнг, 1996).

Г. Олпорт дал следующее описание здоровой (зрелой) личности: имеет широкие границы Я, может посмотреть на себя со стороны, активно участвует в трудовых, семейных и социальных отношениях, способна к теплым, сердечным социальным отношениям (существует две разновидности таких отношений: дружеская интимность и сочувствие), демонстрирует эмоциональную незабоченность и самопритяжение, реалистическое восприятие, опыт и притязания, способность к самопознанию и чувство юмора, обладает цельной жизненной философией (Олпорт, 1998).

А. Маслоу считал здоровой личностью ту, которая стремится быть всем, чем она может, развивать свой потенциал через самоактуализацию. Кроме того, показателем здоровья личности является стремление к гуманистическим ценностям. Самоактуализирующейся личности присущи такие качества, как принятие других, автономия, спонтанность, чувствительность к прекрасному, чувство юмора, альтруизм, склонность к творчеству. Для А. Маслоу здоровая личность та, которая умеет реализовать свои таланты, способности и потенции (Маслоу, 1999).

Представление целостной картины нормальной психической деятельности можно найти и в отечественной психологической литературе. Так, Н.Д. Лакосина и Г.К. Ушаков выделяют 15 критериев здоровья личности, среди кото-

рых критерии и физического, и психологического, и социального плана: детерминированность психических явлений и их упорядоченность; соответствующая возрасту индивида зрелость чувства; максимальное приближение субъективных образов отражаемым объектам действительности; соответствие реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражителей; соответствие уровня притязаний реальным возможностям индивида; чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных обстоятельствах; способность планировать свой жизненный путь и др. (Лакосина, Ушаков, 1976).

Соотносить все перечисленные выше характеристики с узким пониманием психического здоровья, предлагаемым медициной, уже не представлялось возможным. Как справедливо отмечают О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов, проблему здоровья на индивидуально-личностном уровне некорректно сводить к «нормальному функционированию» определенных подсистем психики (Васильева, Филатов, 2001). Исходя из этого именно они (а не Дубровина) предлагают относить термин «психическое здоровье личности» не к отдельным психическим процессам и механизмам, но к личности в целом (Там же).

Такого же мнения придерживаются и другие многочисленные исследователи. Так, в сборнике «Социальная психология личности в вопросах и ответах» под редакцией В.А. Лабунской психическое здоровье определяется как «одна из интегральных характеристик личности, связанная с ее внутренним миром и со всем многообразием взаимоотношений с окружением. Основными показателями наличия психического здоровья у личности являются ее внутренняя целостность и согласованность структурных компонентов, гармоничная включенность в социум и стремление к самоактуализации» (Васильева, 2000, С. 365).

Е.В. Снедков (профессор кафедры психиатрии и наркологии СПбГМА им. И.И. Мечникова) отмечает, что важную часть психического здоровья человека составляют социальное поведение, продуктивность труда, межличностные отношения, мировоззрение, личностные ценности, творчество, эволюция личности, возможности реализации ее духовного и интеллектуального потенциала (Снедков, 2007).

Особое значение среди критериев психического здоровья личности придается степени ее интегрированности, гармоничности, уравновешенности, а также таким составляющим ее направленности, как духовность (доброта, справедливость и т.д.); ориентация на саморазвитие, обогащение своей личности.

Очевидно, что все перечисленные выше характеристики описывают здоровую личность в рамках психологического подхода. Именно поэтому они и были отнесены к области психического здоровья. Другого термина, объединяющего данные характеристики, не было.

Б.С. Братусь назвал такие характеристики здоровой личности описательными критериями психического здоровья. В таких критериях вместо психиатрической терминологии стали звучать общечеловеческие принципы и понятия. Анализируя используемые в описании термины, Б.С. Братусь отмечает общность взглядов большинства авторов по вопросу о том, какими свойствами должна обладать здоровая личность. Наиболее часто отмечаются такие черты, как интерес к внешнему миру, наличие «жизненной философии», которая систематизирует опыт, способность юмористически окрашивать действительность, способность к установлению душевных контактов с окружающими, целостность личности и ряд других (Братусь, 1988).

Таким образом, объем понятия «психическое здоровье» наполнялся все большим содержанием. Игнорировать подоб-

ную тенденцию дальше не представлялось возможным, равно как и рассматривать все обозначенные критерии в одной плоскости. Назрела необходимость пересмотреть подходы к пониманию психического здоровья личности.

Одним из первых, кто указал на подобную необходимость, был Б.С. Братусь. Он предложил рассматривать психическое здоровье не как однородное образование, а как образование, имеющее сложное, поуровневое строение. Высший уровень психического здоровья – личностно-смысловой, или уровень личностного здоровья. Он определяется качеством смысловых отношений человека. Следующий уровень – уровень индивидуально-психологического здоровья. Его оценка зависит от способностей человека построить адекватные способы реализации смысловых устремлений. И последний уровень – уровень психофизиологического здоровья, который определяется особенностями внутренней, мозговой, нейрофизиологической организации актов психической деятельности. Каждый из данных уровней, имея свои критерии, имеет и свои особые закономерности протекания. Несмотря на взаимосвязь и взаимообусловленность уровней, возможны самые различные варианты их развитости, степени и качества их здоровья. По предположению Б.С. Братуся, психическое здоровье, будучи многоуровневым, может страдать на одних уровнях при относительной сохранности других.

Предлагая поуровневый подход к рассмотрению психического здоровья, Братусь между тем отмечает, что применение термина «уровень» является в достаточной степени условным. В строгом значении об уровнях уместнее говорить при изменении какого-либо свойства или качества, когда каждая новая ступень подъема вбирает в себя, как бы «затопляет», нижележащие, пройденные, оставленные уже уровни (так говорят о повышении уровня образования, культуры и т. п.). В данном же случае речь идет скорее о состав-

ляющих психического здоровья, существующих одновременно. Несмотря на то что эти составляющие взаимосвязаны и взаимозависимы, они не поглощают и не заменяют друг друга. Однако уровневая терминология более привычна для психологической науки, поэтому, с учетом высказанных оговорок, ее использование представляется возможным. Именно два уровня – личностно-смысловой и индивидуально-психологический – Братусь и называет собственно психологическими уровнями (там же).

Сегодня многочисленные авторы придерживаются именно такого подхода к пониманию психического здоровья личности.

Однако существует и другой подход, основанный не просто на необходимости поуровневого деления «психического здоровья», но на принципиальном разделении понятий психического и психологического здоровья. Еще А.Н. Леонтьев, говоря о «личностном» как об особом «измерении», настаивал на том, что «личность необходимо разделять, разводить с «психическим» (Леонтьев, 1975). Человек может быть вполне психически здоровым (хорошо запоминать, мыслить и т.п.) и одновременно быть личностно ущербным, больным (не координировать, не направлять свою жизнь к достижению человеческой сущности, разобщаться с ней, удовлетворяться суррогатами и т.п.)» (Братусь, 1997). Б.С. Братусь, размышляя о тенденциях современного общества, признает, что для большого количества людей становится характерным именно этот диагноз: «психически здоров, но личностно болен» (там же).

Очевидно, что такого же мнения придерживается и И.В. Дубровина. Именно она – одна из первых современных отечественных психологов – предприняла попытку разграничить понятия психического и психологического здоровья. Осмысливая содержательную суть психологической службы,

Дубровина пришла к выводу о необходимости введения в научный психологический лексикон нового термина – «психологическое здоровье».

Определяя психическое здоровье в рамках традиционно сложившегося медицинского подхода и психотерапевтического направления, она объединяет остальные характеристики здоровой личности новым понятием «психологическое здоровье». «Если термин «психическое здоровье» имеет отношение, с нашей точки зрения, прежде всего к отдельным психическим процессам и механизмам, то термин «психологическое здоровье» относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа...» (Дубровина, 2000, с. 6).

Сегодня проблема психологического здоровья является актуальной и разрабатывается рядом исследователей (И.В. Дубровина, 2000; Г.С. Никифоров, 2003; В.Э. Пахальян, 2002; В.И. Слободчиков и А.В. Шувалов, 2001 и др.).

В работе В.И. Слободчикова и А.В. Шувалова «Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей» отмечается, что до недавнего времени эта проблема была на периферии терапии выраженных психических расстройств. В теоретическом аспекте психологическое здоровье не имело определенного научного содержания, а в практическом плане те, чье состояние можно квалифицировать как «психически не болен, но психологически уже не здоров», оставались вне поля видения и позитивного вмешательства врачей и психологов.

Результаты проведенного под патронажем Института педагогических инноваций РАО исследования проблемы психологического здоровья детей в рамках антропологического подхода позволили сделать авторам вывод о том, что термин «психическое здоровье» чаще и по праву используется врачами в связи с отдельными психическими процессами и ме-

ханизмами. Психическое здоровье традиционно интерпретируется как собственная жизнеспособность индивида, обеспеченная полноценным развитием и функционированием психического аппарата. Оно является предпосылкой здоровья психологического. Состояние психологического здоровья характеризует индивида как субъекта жизнедеятельности, распорядителя душевных (и не только) сил и способностей. О состоянии психологического здоровья свидетельствует личностная устремленность человека (Слободчиков, Шувалов, 2001).

Такого же мнения придерживается и В.Э. Пахальян, который отмечает, что психическое здоровье – это, прежде всего, баланс различных психических свойств и процессов, тогда как психологическое здоровье – «состояние субъективного, внутреннего благополучия личности, обеспечивающее оптимальный выбор действий, поступков и поведения в ситуациях ее взаимодействия с окружающими объективными условиями, другими людьми и позволяющее ей свободно актуализировать свои индивидуальные и возрастнопсихологические возможности» (Пахальян, 2002). Проблемы собственно психологического здоровья следует рассматривать в контексте психологической помощи, недирективной, немедицинской психотерапии и индивидуального психологического консультирования. В частности, Пахальян отмечает, что здоровые в психологическом смысле – это люди с высокой степенью самоактуализации [Там же].

Т.Н. Метелкина, ст. н. сотрудник КК ИПК РО, осуществляя в своей работе «Формирование психологического здоровья школьников» теоретический обзор подходов к названной проблеме, констатирует, что психическое здоровье – состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности

регуляцию поведения и деятельности человека. Психологическое здоровье, в свою очередь, это определенный уровень развития и совершенства форм и способов взаимодействия индивида с внешней средой; определенный уровень личностного развития, позволяющий успешно реализовывать это взаимодействие; это процесс и результат развития субъекта в его субъективной реальности в пределах одной индивидуальной жизни. Под «развитием» понимается не только отсутствие застоя и наличие движения, но и стремление к цели, определяющее последовательное накопление человеком позитивных новообразований (Метелкина, 2006).

Понимание содержания описываемых понятий позволяет говорить об их определенном соотношении. Психическое здоровье представляется нам необходимым, но далеко не единственным условием формирования здоровья психологического. Следовательно, говорить о психологическом здоровье лишь как об аспекте здоровья психического, на наш взгляд, неправомерно.

Психологическое здоровье, являясь важнейшей составляющей здоровья человека, относится к личности в целом и представляет собой не застывшее образование, а процесс развития в направлении достижения человеком своей сущности и самоактуализации.

Сведения об авторе: Баякина О.А., старший преподаватель кафедры общей и прикладной психологии, Самарский муниципальный институт управления, 2009 г.

Березовская Р.А.

**Психология профессионального здоровья за рубежом:
современное состояние и перспективы развития⁴⁰ [5]**

Исследование проблематики здоровья является одним из приоритетных направлений зарубежной и отечественной психологии и составляет основу самостоятельной психологической дисциплины, получившей название психологии здоровья, в рамках которой интерес к проблеме профессионального здоровья с каждым годом становится все более заметным.

Как предмет научного исследования, понятие «профессиональное здоровье» впервые появилось в психологической научной литературе в середине 1980-х годов XX века. Но, несмотря на довольно широкий спектр теоретических подходов, содержательно связанных с изучением феномена профессионального здоровья, эта проблема не получила пока целостного и систематического научного анализа как в отечественной, так и в зарубежной психологии. Весомый вклад в разработку названной проблемы может внести *психология профессионального здоровья* (occupational health psychology) как новое научно-практическое направление, которое возникло и развивается на стыке таких прикладных дисциплин, как психология здоровья, организационная психология и психология труда.

Важным для теории и практики психологии здоровья представляется рассмотрение существующих в настоящее время основных направлений исследования здоровья работающего человека, а также определение ближайших перспектив развития психологии профессионального здоровья. Целью данной статьи является теоретико-методологический анализ современных зарубежных научных работ, отражающих состояние изученности обозначенной выше проблемы. На наш

⁴⁰ <http://psystudy.ru/index.php/num/2012v5n26/761-berezovskaya26>

взгляд, знакомство с зарубежным опытом исследований является важным с точки зрения интеграции российской психологии профессионального здоровья в международное научное сообщество.

Психология профессионального здоровья как новое научно-практическое направление современной психологии

Термин «психология профессионального здоровья» впервые появился в научной литературе в 1986 году, когда Джордж Эверли (George Everly) использовал его в одной из своих работ, посвященных проблеме интеграции в практике организационной деятельности таких областей, как гигиена труда и психология [Barling, Griffiths, 2010]. Особо он подчеркивал важную роль психологов в разработке и реализации программ поддержания и продвижения здоровья (health promotion) на рабочих местах [Everly, 1986]. Позже, в 1990 году, исследователи из Гавайского университета Рэймонд, Вуд и Патрик (J.Raymond, D.Wood, W.Patrick) в статье, опубликованной в журнале *American Psychologist*, сформулировали идею о том, что одной из задач психологии должно стать создание здоровой профессиональной среды и здоровых рабочих мест [Raymond et al., 1990]. Для достижения поставленной задачи, с точки зрения авторов, психологам необходимо организовать обучение в рамках междисциплинарных программ по психологии профессионального здоровья. Это был переломный момент в становлении дисциплины как самостоятельного научно-практического направления в современной психологии.

Определение «психологии профессионального здоровья»

На сегодняшний день в зарубежных академических кругах постепенно складывается общее представление о том, что такое психология профессионального здоровья и чем она занимается. Остановимся на этом вопросе подробнее и рассмотрим различные подходы к определению термина «психоло-

гия профессионального здоровья». С определенной долей условности в настоящее время можно выделить два «центра» научно-исследовательской активности и практической деятельности в сфере психологии профессионального здоровья: Европа и Северная Америка [Houdmont, Leka, 2010].

Европейский подход

В странах Европейского союза общепринятым является определение, предложенное Европейской академией психологии профессионального здоровья (European Academy of Occupational Health Psychology), в соответствии с которым дисциплина рассматривается как «вклад прикладной психологии в решение вопросов профессионального здоровья... изучение психологических, социальных и организационных аспектов динамической взаимосвязи профессиональной деятельности и здоровья» [Cox et al., 2000; p. 101]. Определение основано на подходе, предложенном Томом Коксом (Tom Cox) и его коллегами, по мнению которых наиболее существенный вклад в решение вопросов, связанных с проблемой сохранения и укрепления профессионального здоровья в современных условиях, могут внести такие направления, как психология здоровья, психология труда, организационная психология, а также социальная психология и психология среды.

Кроме того, в рамках европейского подхода подчеркивается междисциплинарный характер проблемы сохранения и укрепления профессионального здоровья: признание значимости знаний, умений и навыков специалистов, представляющих другие научные направления, готовность к участию в конструктивном диалоге с ними, а также необходимости сотрудничества с представителями различных правительственных организаций, работодателей и профсоюзов [Leka, Houdmont, 2010].

Приведем также достаточно часто цитируемый перечень характеристик, отражающих существенные особенности дис-

циплины, в соответствии с которыми психология профессионального здоровья определяется как: 1) прикладная наука; 2) ориентированная на решение проблем; 3) мульти- или междисциплинарная; 4) партисипативная; 5) сфокусированная на вмешательстве с акцентом на первичную профилактику; 6) существующая в пределах правовых рамок [Cox et al., 2000].

Североамериканский подход

Принимая во внимание, что для европейской традиции свойственно привлечение для решения связанных с профессиональным здоровьем проблем подходов и методов, заимствованных из других прикладных направлений психологии, отличие североамериканского подхода (США, Канада) заключается в активном использовании наработок из других – не психологических – научных направлений. Еще в 1990 году в статье Рэймонда, Вуда и Патрика была обозначена необходимость разработать такой подход к обучению в сфере психологии профессионального здоровья, который «объединит и синтезирует концептуальные подходы и знания из различных областей науки, преимущественно психологии здоровья и общественного здоровья, а также профилактической медицины, медицины труда и поведенческой медицины, социологии труда и менеджмента» [Raymond et al., 1990; p. 1159].

Схожая точка зрения была положена в основу наиболее часто цитируемого определения, сформулированного американским Обществом психологии профессионального здоровья (Society of Occupational Health Psychology), в соответствии с которым психология профессионального здоровья рассматривается как научно-практическое направление, включающее в себя междисциплинарное сотрудничество различных специалистов, включая психологов, целью которого является улучшение качества профессиональной жизни, повышение безопасности труда, здоровья и психологического благополучия специалистов во всех видах профессиональной деятельности.

Однако следует отметить, что подобное понимание дисциплины привело к тому, что в последние годы в США возобновилась дискуссия на тему того, в какой степени психология профессионального здоровья должна (или может) существовать как психологическая дисциплина, учитывая мнение о ее междисциплинарном статусе, которое вносит определенное противоречие в такой подход [Sinclair, 2009].

Сравнение двух подходов – европейского и североамериканского – позволяет сделать вывод о том, что по основным моментам они являются скорее схожими, чем различными. В обоих подходах отмечается, с одной стороны, междисциплинарный характер проблемы сохранения и укрепления профессионального здоровья человека, а с другой стороны – важная роль психологии в решении этого вопроса. Таким образом, целью психологии профессионального здоровья является изучение социально-психологических и организационных аспектов сложного динамического взаимодействия между работой и здоровьем человека [Houdmont et al., 2010], а также содействие в создании здоровых рабочих мест. При этом «здоровыми» считаются такие рабочие места, которые предполагают «использование талантов и способностей человека для достижения высокой эффективности деятельности, высокого уровня удовлетворенности работой и благополучия» [Quick et al., 1997, p. 3].

Основные предметные области психологии профессионального здоровья

Еще одним следствием «юного возраста» психологии профессионального здоровья как научного направления является отсутствие общепринятого представления об основных предметных областях исследования помимо традиционного изучения проблем профессионального стресса. Особую актуальность достижение консенсуса в определении ключевых вопросов психологии профессионального здоровья приобретает

в связи с разработкой общих критериев для аккредитации образовательных программ по психологии профессионального здоровья. Так, например, в странах Европейского союза в последние годы ведется активная работа над созданием свода стандартов в области психологии, которые будут служить базой для оценки академического образования и профессиональной подготовки психологов. При этом Европейский диплом по психологии (European Certificate in Psychology, EuroPsy) предполагает унификацию стандарта компетенций, которая невозможна без согласия относительно тех задач, с которыми придется столкнуться специалисту, работающему в сфере психологии профессионального здоровья [Houdmont et al., 2008].

Ключевые направления исследований в психологии профессионального здоровья могут быть выделены на основе использования таких методов, как рассмотрение учебных планов соответствующих образовательных программ; анализ тем научных публикаций; метод экспертной оценки.

Анализ учебных планов образовательных программ

Приведем в качестве примера результаты исследования, целью которого было выделение основных проблем, рассматриваемых в рамках обучения психологии профессионального здоровья в ведущих университетах США. Сравнительный анализ учебных планов 12 образовательных программ докторского уровня показал, что, несмотря на значительные расхождения в названиях и содержании дисциплин, можно выделить шесть наиболее часто встречающихся тем:

- теория профессионального стресса;
- организационные стресс-факторы и факторы риска возникновения и развития профессиональных заболеваний;
- влияние профессионального стресса на физическое и психическое здоровье работающего человека;
- программы организационного вмешательства по снижению уровня профессионального стресса;

- изучение проблем безопасности профессиональной деятельности и здоровья;
- методы исследования в психологии общественного / профессионального здоровья и эпидемиологии [Barnes-Farrell, 2006].

Анализ научных публикаций

Ключевые публикации результатов современных теоретико-методологических и эмпирических исследований по психологии профессионального здоровья, в основном, представлены в двух специализированных изданиях: 1) журнал «Работа и стресс» (Work & Stress), который был создан в 1987 году Т. Коксом и в настоящее время выходит при содействии Европейской академии психологии профессионального здоровья; 2) журнал «Психология профессионального здоровья» (Journal of Occupational Health Psychology), который издается Американской психологической ассоциацией с 1996 года.

Обобщение результатов ряда исследований, в которых проводилось изучение и систематизация основных вопросов, представленных в научных работах, опубликованных в названных выше журналах [Kang et al., 2008; Leka, Houdmon, 2010; Macik-Frey et al., 2007], позволяет сформулировать некоторые обобщенные выводы. Во-первых, большая часть научных публикаций относится к так называемому проблемно-ориентированному подходу к организации исследований (изучение факторов риска, связанных с содержанием и условиями профессиональной деятельности, а также последствий их негативного воздействия). Так, например, установлено, что 24% от общего количества публикаций составляют работы, посвященные проблемам стресса в профессиональной деятельности, рассмотрение которых представлено в статьях в два раза чаще, чем любая другая тема, имеющая отношение к профессиональному здоровью [Leka, Houdmont, 2010]. И, во-вторых, перспективы развития психологии профессионального здоро-

вья в первую очередь связаны с возможностью реализации ее «позитивного» потенциала (изучение рабочего места как площадки для решения вопросов охраны и укрепления здоровья и психологического благополучия). Авторы всех исследований высказывают сожаление по поводу малочисленности работ, в которых рассматриваются организационные программы вмешательства, направленные на сохранение и укрепление профессионального здоровья сотрудников.

Результаты анализа статей, опубликованных в журнале «Психология профессионального здоровья» за одиннадцать лет, с 1996 по 2007 гг., показали, что большинство научных работ может быть отнесено к одному из семи обобщенных направлений исследований:

- стресс в профессиональной деятельности;
- профессиональное выгорание;
- взаимосвязь работы, семьи и личной жизни;
- буллинг, агрессия и насилие на работе;
- надежность и безопасность профессиональной деятельности;
- вопросы занятости (в том числе новые формы занятости);
- проблемы сохранения и поддержания физического и психического здоровья работающего человека [Macik-Frey, Quick and Nelson, 2007].

Однако анализ научных публикаций может оказаться не вполне надежным методом для выделения ключевых тем психологии профессионального здоровья, так как он отражает, в первую очередь, те вопросы и проблемы, которые находятся в центре внимания академической общественности. При этом часть исследований, проводимых в сфере профессионального здоровья, может «выпадать» из сферы интересов ведущих специализированных журналов и/или не соответствовать критериям, предъявляемым к публикуемым в них материалам. При-

нимая во внимание прикладной характер дисциплины, необходимо учитывать также и мнение работающих в этой сфере специалистов [Houdmont, Leka, 2010].

Опрос экспертов

Изначально идея использовать метод экспертной оценки для выявления ключевых вопросов психологии профессионального здоровья была связана с необходимостью разработки образовательных программ, которые бы соответствовали требованиям практики. Первое исследование, в рамках которого проводился опрос менеджеров по персоналу, специалистов в сфере общественного здоровья и других экспертов, имеющих отношение к проблемам профессионального здоровья, было проведено группой американских психологов в конце 1990-х годов [Schneider et al., 1999]. Приведем результаты исследований, которые отражают мнения экспертов об основных проблемах, связанных с сохранением и укреплением профессионального здоровья сотрудников в условиях современного рынка труда в США и Европе.

Один из таких опросов проводился в университете Хьюстона (США): в качестве экспертов выступали менеджеры по персоналу ($n = 141$) и представители профсоюзных организаций ($n = 27$); им был предложен перечень из тридцати одной темы, сформулированный на основе анализа литературы и практики кадрового менеджмента в американских организациях [Tetrick, Ellis, 2002]. Результаты исследования показали, что наибольший интерес для HR-менеджеров представляют такие вопросы, как: проблема несчастных случаев на производстве; физическое и психологическое благополучие работников; безопасность; обучение, развитие и лояльность персонала; заболеваемость; изменение технологий; вред, наносимый работой. Представители профсоюзов в качестве наиболее значимых тем назвали профессиональный стресс, обеспеченность работой, увольнения и рабочую нагрузку.

В Европе также предпринимались попытки систематизировать представления о наиболее актуальных вопросах психологии профессионального здоровья, используя метод экспертных оценок. Так, например, опрос преподавателей и исследователей ($n = 30$) в университете Ноттингема (Великобритания) позволил выделить пять приоритетных направлений исследований: психическое здоровье и связанные с ним проблемы (депрессия, стресс и тревога); отсутствие на работе в связи с болезнью (мониторинг, менеджмент, возврат к работе, реабилитация); заболевания опорно-двигательного аппарата; вовлечение и консультирование по вопросам профессионального здоровья малых и средних организаций; оценка эффективности программ организационного вмешательства [Leka et al., 2008].

В этом же исследовании в качестве экспертов были привлечены практики, работающие в сфере охраны профессионального здоровья ($n = 1679$), которые отметили актуальность следующих вопросов:

- проблемы психического здоровья;
- особенности использования нормативных документов по вопросам управления стрессом на рабочем месте;
- анализ существующих социально-психологических рисков;
- планирование профилактических мероприятий;
- работники-мигранты и иммигранты;
- новые виды занятости;
- баланс между работой и личной жизнью [Leka et al., 2008].

Приведем результаты еще одного исследования, реализованного в рамках работы двух международных конференций по психологии профессионального здоровья, участники которых выступили в качестве экспертов [Houdmont et al., 2010]. Одной из задач исследования являлось нахождение ответа на следующий вопрос: являются ли различия в определении

дисциплины «барьером» для достижения согласия между специалистами из США и стран Европейского союза по поводу ключевых вопросов психологии профессионального здоровья? Результаты опроса показали, что такой консенсус существует; эксперты выделили пять частично пересекающихся друг с другом базовых тем: 1) теория стресса; 2) стресс-менеджмент; 3) разработка/дизайн безопасной социально-психологической среды на рабочем месте; 4) организационные методы исследования и 5) организационные программы вмешательства, целью которых является укрепление профессионального здоровья.

Подводя итоги рассмотрения современного состояния исследований, отметим, что за много десятилетий до возникновения психологии профессионального здоровья специалисты по охране труда и безопасности профессиональной деятельности имели в своем распоряжении необходимый набор знаний, умений и навыков, который позволял решать стоящие перед ними проблемы контроля и профилактики воздействия на человека традиционных для того периода времени факторов риска, обусловленных содержанием и условиями работы. Адекватность методов работы стала вызывать вопросы только к концу XX века в связи с увеличением количества социально-психологических факторов риска и их возрастающей ролью в ухудшении здоровья работающего человека. Обобщая данные об основных предметных областях психологии профессионального здоровья, полученные с помощью различных методов, можно сказать, что в конце 1990-х – начале 2000-х годов в центре внимания дисциплины находились, прежде всего, вопросы психологии профессионального стресса и проблема управления социально-психологическими факторами риска на рабочем месте.

Следует также отметить, что изменение представлений и признание важной роли социально-психологических фак-

торов риска в среде работодателей, политиков, законодателей, специалистов в сфере безопасности профессиональной деятельности обусловлено тем, что в настоящее время они ассоциируются с такими особенностями современного рынка труда, как интернационализация и рост глобальной конкуренции, непрерывное развитие информационно-коммуникационных технологий, изменения конфигурации рабочей силы.

Результаты исследований Европейского агентства по безопасности и здоровью на работе (European Agency for Safety and Health at Work) показывают, что изменения в профессиональной деятельности и работе за последние несколько десятилетий привели не только к увеличению количества, но и к изменению содержания социально-психологических факторов риска. К новым социально-психологическим факторам риска, по данным экспертов, можно отнести следующие (European Agency for Safety and Health at Work):

- новые формы трудовых соглашений и нестабильность на работе;
- увеличение среднего возраста работающих людей;
- интенсификация труда;
- большая эмоциональная нагрузка на работе;
- нарушение баланса между работой и личной жизнью.

А новые условия профессиональной деятельности обуславливают развитие новых направлений в психологии профессионального здоровья. Какие же темы будут находиться в центре внимания в ближайшие годы?

Перспективы развития психологии профессионального здоровья

В последние годы в ряде зарубежных публикаций ставится вопрос о необходимости определить не только существующие в настоящий момент основные предметные области исследований профессионального здоровья, но и обозначить перспективы их развития [Houdmont, Leka, Bulger, 2010; Macik-Frey

et al., 2009; Shaufeli, 2004]. Так, например, М. Мэйсик-Фрей (М.Масік-Frey) с коллегами [2009] выделяют следующие тенденции, которые будут характеризовать развитие психологии профессионального здоровья в ближайшие несколько лет: акцент на позитивных аспектах профессионального здоровья; изучение влияния новых форм лидерства на здоровье сотрудников; исследование роли эмоций в сохранении профессионального здоровья; вопросы разработки, реализации и оценки эффективности программ вмешательства в организациях. Кратко охарактеризуем обозначенные направления.

Актуальные направления психологических исследований профессионального здоровья

Позитивная психология профессионального здоровья

Растущий интерес к изучению позитивных аспектов профессионального здоровья связан с работами К. Рифф, М. Селигмана, М. Чинкентмихайи и других представителей позитивной психологии. Их идеи находят свое применение и в организационном контексте, что привело к разработке не только позитивно-ориентированных организационно-психологических подходов (Positive Organizational Behavior; Positive Organizational Scholarship), но и позитивной психологии профессионального здоровья [Bakker, Derks, 2010].

Смена акцента и перенос внимания на изучение позитивных аспектов профессионального здоровья сопровождается увеличением количества исследований тех психологических факторов, действие которых приводит к положительным последствиям для здоровья работающего человека [Masik-Frey et al., 2007]. Позитивная психология профессионального здоровья изучает конструкты, позволяющие работающему человеку сохранять и повышать свое субъективное благополучие, увеличивать удовлетворенность от работы и вовлеченность, получать позитивные эмоции на рабочем месте, снижать ве-

роятность эмоционального выгорания и других негативных последствий организационных и профессиональных стресс-факторов [Fullagar, Kelloway, 2012]. В настоящее время в литературе наиболее широко представлены исследования таких феноменов, как увлеченность работой (work engagement) [Bakker, Leiter, 2010; Shaufeli, Salanova, 2010] и психологический капитал (psychological capital, PsyCap) [Bakker, Derks, 2010].

Лидерство и профессиональное здоровье

Традиционные исследования лидерства рассматривали, прежде всего, его влияние на продуктивность деятельности. Но оно может оказывать существенное влияние и на здоровье сотрудников: в задачи лидера входит поддержание психологического благополучия работников, а также создание и поддержание здорового климата в организации [Theorell et al., 2010]. Ряд авторов предлагают рассматривать программы развития лидерства как разновидность организационных программ вмешательства, направленных на поддержание профессионального здоровья сотрудников [Kelloway, Barling, 2010]. Исследования лидерства в этом контексте включают, прежде всего, рассмотрение новых форм лидерства. Так, например, результаты ряда исследований позволяют говорить о том, что использование трансформационных форм лидерства (transformational leadership) приводит к повышению уровня психологического благополучия сотрудников [Arnold et al., 2007]; а аутентичное лидерство (authentic leadership) является важным фактором в обеспечении атмосферы доверия в организации, высоко-го уровня самосознания, саморегулируемого поведения и раскрытия потенциала не только сотрудников, но и менеджеров [Walumbwa et al., 2010].

Эмоции и профессиональное здоровье

В настоящее время, по мнению ряда авторов, в психологии профессионального здоровья происходит «эмоциональная

революция»: с каждым годом растет количество исследований, рассматривающих эмоции и эмоциональную компетентность (эмоциональный интеллект) как важные ресурсы в сохранении и поддержании профессионального здоровья [Macik-Frey et al., 2009; Payne, Cooper, 2006].

Следует также отметить и такое новое направление исследований, как изучение особенностей профессионального здоровья людей, занятых в сфере эмоционального труда. Эмоциональный труд (emotion labor, emotion work) можно определить как работу по изображению предписанных организационными правилами или требованиями трудовой роли эмоций при обслуживании клиентов. Интерес к эмоциональному труду в связи с тем, что по мере расширения сферы услуг в развитых странах число людей, включающихся в процесс эмоционального труда, также увеличивается. Основным фактором риска для профессионального здоровья в такой деятельности выступает «эмоциональный диссонанс»: необходимость выражать желаемые для организации эмоции, которые человек в данный момент не испытывает, или, наоборот, обязанность контролировать и подавлять нежелательные эмоции, которые у него в данный момент присутствуют. Переживание эмоционального диссонанса повышает риск развития синдрома «выгорания», а также снижает удовлетворенность трудом [Hülshager et al., 2010; Zapf, 2002].

Организационные программы вмешательства

Необходимость и эффективность профилактических мер для поддержания здоровья является общепризнанной. Однако, к сожалению, до сих пор относительно мало исследований, в которых бы рассматривались вопросы разработки, реализации и оценки эффективности профилактических программ в организациях; а те исследования, которые проводились, дают не всегда однозначные результаты. Так, например, тщательный анализ опубликованных в период с 2000 по 2007 гг. и отобранных с использованием метода экспертных оценок программ,

направленных на изменения социально-психологических характеристик организационной среды, показал, что такие программы оказывают позитивное влияние на здоровье сотрудников [Vambra et al., 2009].

Однако есть и другие результаты. В качестве примера можно привести исследование практики внедрения «кружков здоровья» в Германии [Aust, Ducki, 2004]. Кружки здоровья (Gesundheitszirkel) создавались по аналогии с кружками качества и другими формами повышения уровня участия рядовых сотрудников в принятии управленческих решений; они исходят из предположения о том, что лучше всего, когда сами сотрудники участвуют в изменении условий на своем рабочем месте. Анализ и обобщение результатов одиннадцати независимых исследований показали, что убедительные доказательства эффективности внедрения такой практики отсутствуют. По мнению авторов, в большинстве случаев это связано с методическими и методологическими недостатками проводимых исследований (например, не во всех исследованиях была контрольная группа; в большинстве работ не использовались статистические методы анализа полученных результатов и т.п.).

Кроме того, при разработке программ вмешательства следует учитывать тот уровень, на котором будут проводиться изменения (индивидуальный и/или организационный). Во многих исследованиях акцент делается на человеке как на цели изменения. Однако в ряде работ показано, что программы вмешательства, реализуемые только на индивидуальном уровне, не приводят к устойчивым позитивным результатам в сфере профессионального здоровья, если не изменяется организация [Heaney, 2002].

Перспективные направления исследований в психологии профессионального здоровья

Психология профессионального здоровья продолжает развиваться как область исследования, поэтому наряду с пре-

обладающими в настоящее время темами исследований, которые имеют большую историю развития и хорошо освещены в научной литературе, есть несколько новых и мало исследованных, которые в перспективе могут стать весьма актуальными и востребованными. Эти новые горизонты являются отражением тех изменений в профессиональной деятельности и организационной среде, которые сейчас происходят, а также их влияния на профессиональное здоровье сотрудников.

В качестве наиболее важных и перспективных областей для исследования называют следующие [Houdmont, Leka, 2010; Houdmont, Leka, Sinclair, 2012; Macik-Frey et al., 2009; Quick, Tetrick, 2010]:

- проблемы, обусловленные старением рабочей силы;
- изменение технологий (развитие интернета и телекоммуникационных технологий) и изучение особенностей профессионального здоровья людей, занятых в сфере виртуальной работы;
- разработка концепции корпоративной социальной ответственности в контексте решения вопросов безопасности и обеспечения профессионального здоровья сотрудников в организации;
- нравственно-этические аспекты профессионального здоровья, роль организационного обеспечения справедливости в обеспечении здоровья на рабочем месте;
- проблема обеспечения безопасности профессиональной деятельности с точки зрения организационной культуры;
- исследования презентеизма (presenteeism), который определяется как выход на работу в состоянии болезни, и его влияния на эффективность деятельности;
- изучение позитивных последствий процесса взаимодействия и взаимосвязи работы и личной жизни человека, когда опыт или участие в одной роли повышают качество и производительность в другой роли;

– проблема психофизиологического восстановления после работы, изучение роли досуговой активности в сохранении профессионального здоровья;

– исследования юмора как организационного ресурса для поддержания профессионального здоровья на микро-, мезо- и макроуровнях;

– проблемы кросс-культурной психологии профессионального здоровья.

Вероятно, именно эти области будут определять логику развития психологии профессионального здоровья в ближайшие пять-десять лет.

Заключение

В статье предпринята попытка проанализировать и обобщить лишь некоторые наиболее существенные тенденции развития психологии профессионального здоровья за рубежом. Понятие «профессиональное здоровье» интегрирует сложные взаимоотношения человека с профессиональной средой, и интерес к данной проблеме в мировом научном сообществе с каждым годом становится все более заметным.

В определениях, которые приводятся в статье, декларируется, что целью нового научного направления является использование психологических знаний для улучшения качества профессиональной жизни, обеспечения безопасности профессиональной деятельности, повышения ее эффективности, а также сохранения и укрепления здоровья и психологического благополучия работающих людей. Иными словами, с точки зрения «теории», в центре внимания дисциплины находятся позитивные аспекты психологического обеспечения профессионального здоровья, а на «практике» мы наблюдаем обратную картину (среди основных направлений исследований существенное место занимают проблемно-ориентированные вопросы).

Тем не менее следует отметить, что с каждым годом становится все более заметной тенденция к смене оздоровитель-

ной парадигмы: акцент переносится на пропаганду способов сохранения и укрепления здоровья. Как следствие описанной выше тенденции, в рамках психологии профессионального здоровья активно развивается позитивная психология профессионального здоровья. Объектом исследований и практики нового направления являются сильные стороны человека, его здоровье и оптимальное функционирование, а также возможности достижения благополучия на уровне конкретной личности, группы или организации в целом. В круг интересов позитивной психологии профессионального здоровья входят исследования увлеченности работой; психологического благополучия; психологического капитала; счастья в деятельности; внутренней мотивации и самодетерминации и другие. При этом основной идеей позитивной психологии профессионального здоровья, на наш взгляд, является не столько формирование нового теоретического подхода, сколько изменение «повестки дня» и перенос акцентов с негативных и проблемных аспектов профессиональной деятельности на изучение источников субъективного благополучия человека на рабочем месте.

Сведения об авторе: Березовская Регина Анатольевна: кандидат психологических наук, доцент факультета психологии, Санкт-Петербургский государственный университет, 2012 г.

Научное издание

Ольга Владимировна Барканова

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ
ДИАГНОСТИКА
ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

Электронное издание

Редактор *Н.А. Агафонова*

Корректор *Ж.В. Козуница*

Верстка *Н.С. Хасанишина*

Редакционно-издательский отдел КГПУ,
т. 217-17-52, 217-17-82

Подготовлено к изданию 24.04.14

Формат 60x84 1/16.

Усл. печ. л. 21,0.