

образования на гармоничное сочетание технико-научного и гуманитарно-художественного развития детей.

Что касается системы профессионального образования, то она представлена уже упомянутым проектом высшего звена. При этом практически нет проектов, относящихся к начальному, средне-специальному и дополнительному профессиональному образованию. Появление таких проектов в совокупности с уже описанными послужило бы основанием для создания единой модели. Такая модель позволит в целостном виде представить процесс непрерывной подготовки людей проектной культуры. Это особенно актуально в условиях объявленной непрерывной модернизации российского общества, с которой связана разработка и реализация множества приоритетных национальных проектов.

Закончить статью хочется современными по звучанию и эмоциональной насыщенности словами О.И. Генисаретского: «Надежда на проектирование» — это проектная готовность к любым поворотам развития, проектная обеспеченность ожидаемых социально-культурных или технологических изменений; это способность проектирования на деле быть ориентированным на человека, желание и умение выражать в качествах проектируемой среды полноценный образ жизни,

столь же естественный, сколь и свободный» [2, с. 2].

Список литературы

1. Бореев Ю.Б. Эстетика. — М.: Полигиздат, 1988.
2. Генисаретский О.И. Методологические и гуманитарно-художественные проблемы дизайна. Автореф. дисс. ... докт. искусствоведения / ВНИИТЭ. — М., 1990.
3. Китаев-Смык Л.А. Вступительная статья // Черноушек М. Психология жизненной среды. — М.: Мысль, 1989. — С. 3-24.
4. Криулина А.А. Профессиональная культура и система психологической подготовки учителей. — Автореф. дисс. ... докт. психол. Наук / ВНИИТЭ. — М., 1996.
5. Криулина А.А. Эргодизайн образовательного пространства. — М.: ПЕР СЭ, 2003.
6. Мид М. Культура и мир детства. — М., 1988.
7. Сидоренко В.Ф. Генезис проектной культуры и эстетика дизайнерского творчества: Автореф. дисс. ... докт. искусствоведения / ВНИИТЭ. — М., 1990.
8. Чигарьков В.М., Дижур А.Л. Проектная культура и дети: Из опыта образования в Великобритании // Техническая эстетика. — 1990. — №4. — С. 2-7; №5. — С. 11-16.

Медицинские науки

КЛИНИЧЕСКАЯ БЕСЕДА И ПРОЕКТИВНАЯ ФОРМА РАБОТЫ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО В РАБОТЕ С ВИЧ- ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ЛЮДЬМИ

Баянова М.А.

МУЗ Центр «Анти-СПИД» г. Сургут

Проблема распространенности ВИЧ и СПИД в стране уже несколько десятилетий выступает актуальной. Уже несколько десятилетий медицина всего мира ищет вакцину от этих смертельно тяжелых заболеваний. И только в последние 5-7 лет стали говорить о личностно-психологической стороне проживания ВИЧ, тяжесть которой, безусловно, высока. В связи с этим для психолога остро встает вопрос о подборе необходимых психологических средств работы с людьми, имеющими такого рода заболевания, поскольку процесс работы с ними требует особой деликатности, безболезненности и

тонкости, как со стороны специалиста, так и со стороны формальных и содержательных характеристик этих подобранных средств.

Поэтому целью нашей исследовательской работы стало изучение возможностей клинической беседы и проективных методик в психологической работе с ВИЧ-положительными людьми. Исследовательская работа состоит из теоретической и экспериментальной частей. Теоретическую часть составляют работы таких отечественных психологов и как Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, Д.А. Леонтьева, Ф.Ю. Васильюка, Б.В. Зейгарник, а также работы таких основополагающих авторов как В. Франкл, Хекхаузен, К. Ясперс и др.

Проективные формы работы обладают широкими возможностями в работе с внутренними и глубинными процессами, переживаниями человека, особенно в ситуации тяжелого хронического заболевания. Целесообразность выбора проективных средств объясняется тем, что, во-первых, они позволяют целостно «видеть» личность с ее мотивами и потребностями, с будущим целеполаганием и пр. Во-вторых, проективные методы позволяют опосредованно

действовать на личностные образования, выполняя как диагностические, так и психотерапевтические задачи.

Проективные методы были нами введены в структуру клинической беседы. Клиническая беседа описана Б.В. Зейгарник как содержательно разная, зависящая от содержания проблемы, от отношения болеющего человека к этой проблеме, от задач клинической беседы. И самое основное в клинической беседе — это то, что она должна осуществляться на языке болеющего, направлена на конкретный жизненный контекст возникших и существующих у него переживаний, должна быть гибкой и тонкой по форме ее ведения.

В связи с этим в экспериментальную часть исследования была включена клиническая беседа, в структуру которой вплетались такие проективные методики как «Линия жизни», «Карта внутренней страны», а также Тест ценностных ориентаций Рокича и пословицы на тему здоровья/нездоровья.

В исследовании приняли участие двое ВИЧ-положительных людей. Работа проводилась на базе центра «Анти-СПИД» г. Сургута

А. (27 лет), образование 6 классов, рабочий на АЗС, холост, стаж заболевания 6 лет.

Б. (26 лет), неполное высшее образование (заочно обучается), работает в строительной фирме, холост, стаж заболевания 9 лет.

Так, проведенная клиничко-проективная работа с ВИЧ-положительными людьми диагностировала качественное изменение их мотивационной сферы в связи с оглашением диагноза. Однако, в одном случае (ВИЧ-положительный А.) ситуация обнаружения ВИЧ внешне не повлияла на А. (с его т. зр.), но внутренне переживаниями (страх остаться в одиночестве) вытеснилась так, что сформировалось игнорируемо-попустительское проживание болезни, что привело к внутриличностному кризису и попытке суицида. Таким образом, данные исследования выявили, что в случае А. не произошла своевременная переоценка жизненных смыслов, не было самостоятельно выявлено значение ситуации боления, что привело к неблагоприятной, усугубляющей социальной ситуации развития, которая создавала дополнительную к болезни угрозу жизни.

В другом случае (ВИЧ-положительный Б.) ситуация выявления ВИЧ первоначально привела Б. к игнорирующему типу проживания заболевания (игнорирование через занятость, учебу, а затем прием наркотиков). Это продолжалось около года, пока неблагоприятная социальная ситуация развития не привела его к угрозе лишения свободы в исправительном учрежде-

нии. Это явилось точкой и одновременно стартом к переосмыслению жизненных смыслов и поиска новых. На данный момент Б. видит свой жизненный мотив в профессиональной самореализации, в поиске интересной работы (настоящая работа Б. не устраивает), в получении образования. Однако дальнейшая работа с Б. показала, что он осознает необходимость принятия заболевания, поиск нового в нем смысла, но не видит в себе внутренних ресурсов. Это очень четко отражено и в используемых нами методах диагностики. Так, в проективной методике «Линия жизни» выстраивание перспективы жизни, ее смыслов вызвало значительные затруднения у Б., следовательно, новый жизненный смысл в ситуации ВИЧ-инфицирования еще не найден, а сам контекст заболевания, место Б. в данном контексте не оценен адекватно. Важно отметить, что данное положение находит свое подтверждение и в другой методике. Так, проективное задание «Карта внутренней страны» вызвало недоумение у Б., вопросы типа «как это может быть?», «что это значит?» «как это понять?», также свидетельствуют о том, что внутренние ресурсы преодоления переживаний, ресурсы для нахождения нового для себя смысла в ситуации хронического заболевания не раскрыты.

Таким образом, использование указанных выше проективных методик, включенных в контекст клинической беседы позволило достаточно тонко и полно раскрыть феноменологию переживания людей в ситуации тяжелого хронического терминального заболевания, выявить особенности мотивационно-смысловой сферы, без опоры на которую немислима какая-либо психологическая реабилитация личности. Использование подобного сочетания клинической беседы с проективными формами работы позволяет не только выявлять переживания такого рода людей, но и опосредованно снимать тяжелые аффективные переживания, которые в силу своей тяжести оказываются словно «инкапсулированы» глубоко внутри личности человека.

Список литературы

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания / Ф.Е. Василюк. — М.: Изд. Моск. Унив., 1984. — 196 с.
2. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. — М.: Смысл; Издательский центр «Академия», 2004. — 352 с.
3. Франкл, В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева; вст. ст. Д.А. Леонтьева. — М.: Прогресс, 1990. — 368 с.
4. Консультирование при ВИЧ-инфекции, пособие для врачей различных специальностей, М., 2003

5. Лысюк, Л.Г. О возможностях обретения смысла в критических жизненных ситуациях / Л.Г. Лысюк // Московский психотерапевтический журнал. — 2007. — №3. — С. 166.

6. Калшед, Д. Внутренний мир травмы / Д. Калшед // Московский психотерапевтический журнал. — 2001. — №2. — С.76.

7. Кочюнас, Р. Экзистенциальная терапия в группах / Р. Кочюнас // Московский психотерапевтический журнал. — 2002. — №2.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОВ ЮГРЫ В УСЛОВИЯХ МЫШЕЧНОЙ НАГРУЗКИ МЕТОДОМ ФАЗОВОГО ПРОСТРАНСТВА

**Брагинский М.Я., Балтикова А.А.,
Козлова В.В., Майстренко Е.В.**

*Кафедра биофизики
и нейрокибернетики
при ГОУ ВПО «Сургутский
государственный университет
Ханты-Мансийского автономного округа
Югры
Сургут, Россия*

Регулярные физические нагрузки, выполняемые в оптимальных режимах, стимулируют адаптационный потенциал и повышают стрессоустойчивость организма [1]. Изучение функционального состояния организма молодежи, их уровня физической подготовленности представляет особый интерес на основе методов системного анализа и синтеза. Последнее позволяет не только получать важную информацию о текущей динамике исследуемых функций, но и прогнозировать их возможные изменения [1, 3]. Это определило цель нашей работы, которая заключалась в выявлении закономерностей поведения вектора состояния организма студентов (в т.ч. спортсменов и нетренированных) методом фазовых пространств на основании изучения реакций крдио-респираторной системы (КРС) в условиях действия физических нагрузок разных по силе и длительности.

Описания биологических динамических систем (БДС) с позиций теории хаоса и синергетики (ТХС) базируются на следующих подходах [1]: если физкультурные или другие воздействия нескольких видов (типов) проводят в отношении групп испытуемых (пациентов), находящихся в приблизительно одинаковых условиях по состоянию функций организма (напри-

мер, группы людей с одинаковыми нозологическими единицами) и регистрируют параметры функций организма каждого человека из группы до воздействия и после воздействия, то эти параметры образуют наборы (компарменты) диагностических признаков в пределах одной фазовой координаты x_i — из набора всех координат m -мерного фазового пространства с одинаковыми диагностическими характеристиками. Каждый человек при этом со своим набором признаков (компоненты вектора состояния организма данного человека — ВСОЧ) задается точкой в этом фазовом пространстве состояний (ФПС) так, что группа испытуемых образует некоторое «облако» (квазиаттрактор) в фазовом пространстве состояний, а разные группы (из-за разных воздействий на них) образуют разные «облака» — квазиаттракторы в ФПС. Расстояния z_{kf} — (здесь k и f — номера групп обследуемых) между хаотическими или стохастическими центрами этих разных квазиаттракторов формируют матрицу Z , которая задает все возможные расстояния между хаотическими (или стохастическими) центрами квазиаттракторов, описывающих состояние разных групп обследуемых до начала лечебного (или физкультурного) воздействия (нумеруются по вертикали, например, в такой матрице Z) и после лечебного (физкультурного) воздействия (нумеруются по горизонтали в матрице Z).

Максимальные различия в расстояниях между хаотическими или стохастическими центрами квазиаттракторов z_{kf} движения ВСОЧ разных групп испытуемых (до и после определенного воздействия) соответствуют максимальной эффективности лечебного или физкультурно-спортивного мероприятия, а их уменьшение требует дополнительной корректировки в физкультурном (или лечебном) воздействии. Получаемые данные от группы испытуемых или от одного испытуемого путем повторов измерений в виде набора m блоков данных (компарментов), где m — число измеряемых диагностических признаков, переносят в виде точек в m -мерное ФПС и измеряют расстояния между центрами квазиаттракторов [3], которые существенно отличаются у лиц с различной степенью тренированности.

В исследовании участвовали испытуемые юноши и девушки, которым с целью изучения адаптивных эффектов в работе КРС, предъявлялись стандартные физические нагрузки в виде учебных занятий по дисциплине «плавание» продолжительностью 45 минут.

В зависимости от уровня физической подготовленности были сформированы группы обследуемых. Состояние параметров КРС оценивали до, сразу и через 15 минут после физиче-