**Введение**

Введение

1. Хроническое соматическое заболевание как фактор, влияющий на индивидуально-психологические особенности человека

1.1 Психосоматический подход и особенности отношения к заболеванию

1.2 Возрастной кризис 13–15 лет и индивидуально-психологические особенности подростков

1.3 Влияние хронического соматического заболевания на характер психического развития человека

1.4 Выводы по теоретической части исследования

2. Организация и методы исследования

2.1 Организация исследования

2.2 Методы исследования и их обоснование

3. Результаты эмпирического исследования и их обсуждение

3.1 Описательная характеристика выборки учащихся

3.2 Результаты t – критериального анализа и их обсуждение

3.3 Личностные особенности учащихся с первой группой психосоматического здоровья

3.4 Личностные особенности учащихся, имеющих вторую группу психосоматического здоровья

3.5 Сравнительный анализ факторных структур, полученных в выборках учащихся с разным уровнем психосоматического здоровья

Выводы по практической части исследования

Заключение

Список использованной литературы

Приложение

**Введение**

Основным результатом проведения реформ в образовании за последнее десятилетие стало появление множества разнообразных и часто даже альтернативных программ, по которым работают многие виды образовательных учреждений. С одной стороны, это позволило во многом совершенствовать содержание и методы обучения, но, с другой стороны, часто введение новшеств в образовательный процесс сказывается на здоровье детей. В результате введения в учебную программу новых предметов дети систематически испытывают утомление и, как следствие этого, начинают часто болеть. Поэтому главнейшим критерием оценки образовательных программ должна стать оценка того, что та или иная программа даёт для здоровья ребёнка.

Как показано в многочисленных психологических исследованиях, часто физическое здоровье прямо производно от психического здоровья ребёнка. Другими словами, если ребёнку хорошо и комфортно в психологическом аспекте, то его физическое здоровье меняется в лучшую сторону. Роль психосоматики хорошо известна. Предположение о существовании тесных связей между эмоциональными состояниями человека и нарушениями физического (соматического) здоровья имеет давнюю историю.

Это знание нашло отражение в классической формуле медицины: «В здоровом теле – здоровый дух».

Во многих работах врачей прошлого и наших современников мы находим описание тех изменений психики, которые возникают у больных страдающих хроническими соматическими заболеваниями. Все вышесказанное говорит о том, что проблема психосоматики остается все еще актуальной и в наше время.

По данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматических больных.

Новизна исследования состоит в установлении индивидуально – психологических особенностей здоровых подростков и имеющих соматическую патологию, а также в разработке новых подходов к психосоциальной адаптации школьников-подростков, для определения будущей профессиональной деятельности.

Практическая значимость исследования заключается в том, что данные исследования могут быть использованы при разработке подходов к психологической коррекции состояний детей в рамках психопрофилактических программ.

Разработка в течение последних десяти лет образовательных программ для детей разных возрастов позволила выделить некоторые условия, при которых здоровье детей только укрепляется в образовательном процессе. В рамках программ акцент делается на передачу знаний и формирование навыков практической психодиагностической и коррекционной работы с детьми и подростками – соматических и психосоматических расстройств, отклоняющегося поведения, различных зависимостей.

Психологическое здоровье подростка – необходимое условие для развития человека в процессе жизни и деятельности. В этом возрасте закладываются необходимые условия гармонии между потребностями индивида и общества. В рамках психологии здоровья, психосоматики и других предметов рассматриваются факторы, способствующие поддержанию здоровья, методы реабилитации больных различного профиля.

Целью исследования является изучение индивидуальных особенностей личности подростков, имеющих психосоматическую патологию и здоровых детей.

Предметом исследования выступают личностные и темпераментальные особенности, показатели школьной тревожности и акцентуации характера подростков, и их взаимосвязи.

В качестве объекта исследования выступили индивидуальные особенности личности подростков, имеющих психосоматическую патологию и здоровых детей.

Гипотезы исследования:

Существуют различия в выраженности показателей исследования в группах учащихся с разным уровнем психосоматического здоровья.

Выраженность личностных свойств (показатели тревожности, нейротизма, эмоционально-волевой сферы) оказывает влияние на уровень психосоматического здоровья учащихся.

Задачи исследования:

1. Провести сравнительный анализ личностных профилей учащихся с разным уровнем психосоматического здоровья.
2. Определить различия в выраженности показателей исследования учащихся, имеющих разный уровень психосоматического здоровья.
3. Определить личностные особенности учащихся, имеющих первую группу психосоматического здоровья.
4. Определить личностные особенности учащихся, имеющих вторую группу психосоматического здоровья.
5. Выявить эмпирические личностные структуры учащихся с разным уровнем психосоматического здоровья.
6. Провести сравнительный анализ факторных структур, полученных в выборках учащихся с разным уровнем психосоматического здоровья.

Методики исследования: патохарактерологический опросник К. Леонгарда, опросник Г. Айзенка, личностный опросник Кеттелла, методика изучения школьной тревожности Филлипса.

**1. Хроническое соматическое заболевание как фактор, влияющий на развитие личности человека**

**1.1 Психосоматический подход и личностные особенности отношения к заболеванию**

Психосоматика (греч. psyche – душа, soma – тело) – направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний. Согласно основному постулату этой науки, в основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах.

В 1818 г. немецкий врач из Лейпцига С.А. Хайнрот ввел термин «психосоматический». Ему принадлежали слова: «Причины бессонницы обычно психически-соматические, однако каждая жизненная сфера может сама по себе быть достаточным ей основанием». В 1822 г. немецкий психиатр М. Якоби ввел понятие «соматопсихическое» как противоположное и в то же время, дополняющее по отношению к «психосоматическому». В общепринятый врачебный лексикон термин «психосоматика» вошел лишь столетие спустя.

Термин «психосоматический» окончательно прижился в медицине благодаря венским психоаналитикам (De-utsch, 1953), и с этого времени психосоматическая медицина обозначилась как «прикладной психоанализ в медицине». Дойч, эмигрировав в сороковые годы в США, вместе с коллегами Фландерс Данбар, Францем Александером и др. вызвал интерес к психосоматическим проблемам, и уже к концу 50‑х годов в американской научной литературе было опубликовано около 5000 статей о соматической медицине глазами психологов. Среди тех, кто развивал это направление, следует назвать таких известных аналитиков, как А. Адлер, Л. Сонди. В России наиболее близко к этому направлению подошли ученые школы И.П. Павлова при разработке метода экспериментального невроза.

Психосоматическое направление не является самостоятельной медицинской дисциплиной – это подход, учитывающий многообразие причин. По мере эволюции человека постепенно нарушался универсальный механизм приспособления его психики к окружающей среде. Вместе с изменением психологии человека и среды его обитания проявлялись новые и численно увеличивались имеющиеся психологические симптомы и синдромы. В ходе эволюции человек приобрел присущие ему как биологическому виду силу, гибкость, подвижность, способность к терморегуляции, определенные характеристики органов чувств. Древние инстинктивные программы поведения человека помогали противостоять голоду, холоду, нападению врагов и хищников. По мере развития человеческой истории менялись нагрузки, от которых нет программ генетической защиты, и теперь приспособление к среде зависит от психических возможностей человека во много раз больше, чем от силы его мышц, крепости костей и сухожилий и скорости бега. Опасным стало не оружие врага, а слово. Эмоции человека, изначально призванные мобилизовать организм на защиту, теперь чаще подавляются, встраиваются в социальный контекст, а со временем извращаются, перестают признаваться их хозяином и могут стать причиной разрушительных процессов в организме.

Психосоматический подход начинается тогда, когда пациент перестает быть только носителем больного органа и рассматривается целостно. Тогда психосоматическое направление можно рассматривать и как возможность «исцеления» от деперсонализированной медицины [10, с. 173].

По современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят:

1. Конверсионные симптомы (conversion – обращение, переход из одного состояния в другое). Невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку. Симптом имеет символический характер, демонстрация симптомов может пониматься как попытка решения конфликта. Конверсионные проявления затрагивают в большей части произвольную моторику и органы чувств. Примерами являются истерические параличи и парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены.

2. Функциональные синдромы. В этой группе находится преобладающая часть «проблемных пациентов», которые приходят на прием с пестрой картиной часто неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечнососудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовую систему. Ф. Александер описал эти телесные проявления как сопровождающие признаки эмоционального напряжения без характерных черт и обозначил их органными неврозами.

3. Психосоматозы – психосоматические болезни в более узком смысле. В основе их – первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа. Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть истинными психосоматическими болезнями, или психосоматозами. Первоначально выделяли 7 психосоматозов («holy seven\*): бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз. Позже этот список расширился – к психосоматическим расстройствам относят рак, инфекционные и другие заболевания.

Несмотря на то, что слово «психосоматика» употребляется очень часто как в обиходе, так и в научной литературе, на сегодняшний день не существует единого определения этого термина. В целом, его значение вытекает из слов, которые в него входят (душа и тело). С одной стороны, этот термин подразумевает научное направление, которое устанавливает взаимоотношения между психикой и телесными функциями, исследует, как психологические переживания влияют на функции организма, как переживания могут вызывать те или иные болезни. С другой стороны, под термином «психосоматика» подразумевается ряд феноменов, связанных с взаимовлиянием психического и телесного, в том числе целый ряд патологических нарушений. В-третьих, под психосоматикой понимают направление медицины, ставящее своей целью лечение психосоматических нарушений («психосоматическая медицина»).

В настоящее время психосоматика является междисциплинарным научным направлением:

* она служит лечению заболеваний и, следовательно, находится в рамках медицины;
* исследуя влияние эмоций на физиологические процессы, она является предметом исследования физиологии;
* как отрасль психологии она исследует поведенческие реакции, связанные с заболеваниями, психологические механизмы, воздействующие на физиологические функции;
* как раздел психотерапии она ищет способы изменения деструктивных для организма способов эмоционального реагирования и поведения;
* как социальная наука она исследует распространенность психосоматических расстройств, их связь с культурными традициями и условиями жизни.

Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен и определяется:

1) неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;

1. наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам;
2. нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности ЦНС);
3. личностными особенностями;
4. психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;
5. фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;

7) особенностями психотравмирующих событий.

Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств, но и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений.

Принято считать, что психосоматическая медицина – ровесница прошлого века. Однако речь при этом идет не о возникновении новой концепции в медицине, а о возрождении принципов медицины древности, подходившей к заболеванию как к специфически индивидуальному явлению, как к болезни конкретного человека, болезни души и тела. Психосоматическая медицина стара, как само врачевание.

История современной психосоматической медицины начинается с психоаналитической концепции З. Фрейда, который совместно с Д. Брейером доказал, что «подавленная эмоция», «психическая травма» путем «конверсии» могут проявляться соматическим симптомом. Фрейд указывал, что необходима «соматическая готовность» – физический фактор, который имеет значение для «выбора органа».

Эмоциональная реакция, выражающаяся в форме тоски и постоянной тревоги, нейро-вегетативно-эндокринных изменений и характерном ощущении страха, является связующим звеном между психологической и соматической сферами. Полное развитие чувства страха предотвращено защитными физиологическими механизмами, но обычно они лишь уменьшают, а не устраняют полностью эти физиологические явления и их патогенное действие.

При наличии эмоционального переживания, которое не блокируется психологической защитой, а соматизируясь, поражает соответствующую ему систему органов, функциональный этап поражения перерастает в деструктивно-морфологические изменения в соматической системе, происходит генерализация психосоматического заболевания. Таким образом, психический фактор выступает как повреждающий.

В современной психосоматике различают предрасположенность, разрешающие и задерживающие развитие болезни факторы. Толчком к развитию заболевания являются трудные жизненные ситуации. Если сегодня говорят о психосоматическом, биопсихосоциальном заболевании, то это лишь указывает на связь «предрасположенность – личность – ситуация».

Таким образом, в современном понимании причин возникновения психосоматических заболеваний признается многофакторность в объяснении их природы. Соматическое и психическое, влияние предрасположенности и среды, фактическое состояние окружающей среды и ее субъективная переработка, физиологические, психические и социальные воздействия в их совокупности и взаимодополнении – все это имеет значение в качестве взаимодействующих между собой факторов психосоматических заболеваний.

Идея психологического конфликта как основы психосоматических расстройств получила развитие в рамках психодинамического направления в психологии. Клинико-психологический анализ явлений гипноза и истерии, проводившийся во второй половине ХIХ в. с целью изучения механизмов соматических изменений под влиянием психологических воздействий, привёл к предположению о возможности непосредственного отражения в клиническом синдроме психологического содержания, неосознаваемого внутри личностного (эмоционального) конфликта, спровоцировавшего развитие заболевания.

Согласно концепции З. Фрейда, в тех случаях, когда эмоции исключаются из поля сознания и таким образом лишаются адекватной разрядки, они становятся источником хронического напряжения и могут порождать истерические симптомы. Энергия неразрешённого эмоционального конфликта «переводится» в телесную сферу и вызывает развитие конверсионных симптомов, символически выражающих подавленные, вытесненные в бессознательное неприятные чувства. Однако вызываемое аффектом энергетическое напряжение никуда не девается и обращается в болезненный симптом. Вытесняемый эмоциональный (внутриличностный) конфликт становится энергетическим резервуаром, подпитывающим болезнь. Демонстрируемые соматические страдания привлекают к пациенту внимание и сожаление окружающих, что облегчает его душевные муки и уменьшает связанное с психотравмирующей ситуацией аффективное напряжение.

Концепция конверсии З. Фрейда достаточно наглядно объясняет симптомообразование при истерии, но не касается причин возникновения реальных соматических нарушений при психических перегрузках [26].

###### Ф.Х. Данбар в 1935 г. были опубликованы результаты исследования о связи соматических расстройств с определёнными типами эмоциональных реакций, к которым предпочитают прибегать люди с теми или иными характерологическими чертами. Она обратила внимание на укоренённую в личности предрасположенность к реагированию на психологический конфликт конкретным соматическим расстройством. В 1948 г. Ф. Данбар закончила разработку концепции личностных профилей, в которой утверждала, что эмоциональные реакции на проблемные жизненные ситуации являются производными от структуры личности больного. Из этого тезиса вытекало предположение, что каждое соматическое заболевание, развившееся вследствие не проработанного психологического конфликта, связано с вполне определённым набором характерологических черт и паттеров межличностного взаимодействия. Ею были выделены коронарный, гипертонический, аллергический и склонный к повреждениям типы личности.

###### В исследованиях Ф. Данбар была продемонстрирована роль психологических факторов развития психосоматических расстройств, однако, её теория не давала ответа на основной вопрос: каким образом бессознательный внутриличностный конфликт запускает или поддерживает заболевание?

###### Ф. Александер предложил теорию специфического психодинамического конфликта, полагая, что каждому эмоциональному состоянию присущ определённый тип вегетативных нарушений и болезней. Вегетативный невроз – это физиологическая реакция внутренних органов на постоянные или периодически возникающие эмоциональные состояния. Таким образом, симптомы вегетативного невроза являются не выражением подавленного чувства, а физиологическим сопровождением определённых эмоциональных состояний.

###### В результате своих наблюдений Ф. Александер формулирует понятие «психогенное органическое расстройство» и выделяет этапы развития этих расстройств:

###### 1. Хронический и (или) избыточный характер эмоционального стимулирования или подавления вегетативной функции, приводит к возникновению «органического невроза». (Ф. Александер включает в это понятие функциональные расстройства внутренних органов, причиной которых отчасти являются нервные импульсы, возникающие в результате эмоциональных процессов).

###### 2. Функциональное хроническое расстройство постепенно приводит к изменению ткани и необратимому заболеванию органического характера.

Ф. Александер отмечает, что многие хронические расстройства вызываются эмоциональными конфликтами, которые возникают в процессе ежедневного существования в результате контакта с внешним миром, из-за сложности социальной жизни. Психосоматический подход к проблемам жизни и болезни осуществляет синтез внутренних физиологических процессов и социальных взаимосвязей индивида. Тщательный анализ жизни пациента может раскрыть источники ранних функциональных расстройств, прежде чем расстройство функции приведёт к различимым изменениям. [23; с. 32].

А. Радченко выделяет следующие источники болезни:

1. Внутренний конфликт, то есть конфликт частей личности, сознательного и бессознательного в человеке, единоборство между которыми приводит к разрушительной «победе» одной из них над другой. Обе эти части, как чаши весов, доминируют попеременно, конфликтуя между собой.

2. Мотивация, или условная выгода. Это очень серьёзная причина, потому что часто симптом несёт выгоду для пациента.

3. Эффект внушения другим лицом. Известно, что часто дети начинают демонстрировать поведение, соответствующее внушённым негативным установкам, которое автоматически переходит во взрослую жизнь, даже если потом оно рационально перерабатывается.

4. «Элементы органической речи». Болезнь может стать физическим воплощением фразы. Зачастую человек сам программирует себя на болезнь. Такие слова как: «сердце болит за…; это у меня в печёнках сидит; я не могу вынести это; меня от этого тошнит; не перевариваю; язык не поворачивается; голова идёт кругом; задыхаюсь от…; умираю от…» воспринимаются на подсознательном уровне как команды и могут превратиться в реальные симптомы.

5. Идентификация, попытка быть похожим на кого-то, на идеал. Но, постоянно имитируя другого, человек как бы отстраняется от собственного тела. Живя всё время в чужой «ауре», он в конечном итоге начинает от этого страдать.

6. Самонаказание. Если человек совершает неблаговидный со своей точки зрения поступок, он иногда бессознательно подвергает себя наказанию. Самонаказание – очень распространённая причина многих травм и соматических нарушений.

7. Болезненный, травматический опыт прошлого. Часто это бывают психические травмы раннего детства [4, с. 128].

Часто у психосоматических пациентов оказывается крайне низкой способность выражать свои переживания, конфликтные содержания, ощущения. Их словарный запас для этих целей так же беден, как и внутренняя способность дифференцировать свои чувства. Не идентифицированное чувство вызывает физиологическое напряжение, приводящее к изменению на соматическом уровне. На смену возможности чувственно перерабатывать реальность приходит ригидное следование социальным нормам и правилам.

Достаточно часто нежелание согласиться с требованиями общественной жизни или неспособность справляться с трудностями заставляет людей бессознательно искать убежища в болезни или инвалидности. Уход в болезнь зачастую является своеобразным компромиссом, на который человек идёт, пытаясь сохранить баланс между шкалами ценностей и опасностей.

Болезнь при этом становится способом адаптации, при котором человеку удаётся сохранять равновесие во взаимодействии с миром. В 1959 г. Д. Энджел предложил концепцию «болевой личности», или теорию «пациента, склонного к боли». Отметив высокую частоту психотравмирующих событий в анамнезе больных с хроническими болями, Энджел обозначил данным термином человека с неудовлетворёнными биосоциальными потребностями, для которого хронические боли представляют «вторичную выгоду», позволяя эти потребности реализовать. Отличительной личностной особенностью таких пациентов иногда считают так называемое «мазохистское самопренебрежение» в виде многолетнего саморазрушительного поведения, продиктованного стремлением угодить всем требованиям окружающих в ущерб самому себе [13; c. 71].

А.М. Васютин обозначает 4 варианта получения вторичной выгоды при психосоматозах:

1. «Меч против других». Человек в этом случае при помощи приступа болезни или наказывает тех людей, от кого он зависит, или же протестует против их поведения. Он зачастую заставляет страдать других, хотя при этом сам страдает намного больше.

2. «Меч против себя». Этот вариант часто проявляется тогда, когда человек сам винит себя за какой-либо поступок, который ему никак нельзя было совершать по соображениям собственной морали. И приступ является самонаказанием при помощи болезни.

3. «Щит против других». В этом случае приступ (и вообще болезнь как явление) даёт человеку возможность освободиться от необходимости делать то, что ему делать очень не хочется. (Например, не работать на постылой работе).

4. «Щит против себя». В этом случае болезнь используется в качестве ограничителя собственных желаний, которые могут привести к поступкам, несовместимым со шкалой ценностей личности [11; с. 448].

И.Г. Малкина-Пых выделяет пять основных областей причин и смыслов болезни. Любая болезнь:

1) «даёт разрешение» уйти от неприятной ситуации или от решения сложной проблемы;

2) предоставляет возможность получить заботу, любовь, внимание окружающих;

3) «дарит» условия для того, чтобы переориентировать энергию или пересмотреть своё понимание ситуации;

4) предоставляет стимул для переоценки себя как личности или изменения привычных стереотипов поведения;

5) «отменяет» необходимость соответствовать тем высочайшим требованиям, которые предъявляют окружающие [10; с. 269].

Таким образом, несмотря на то, что болезнь означает страдание и боль, она зачастую помогает решать некоторые проблемы, встающие перед человеком.

В современном обществе потеря смысла жизни является мощным фактором, запускающим механизм психосоматических расстройств. Проблемы утраты людьми смысла жизни рассматривал В. Франкл. Согласно его взглядам, стремление к поиску и реализации смысла жизни является врождённой мотивационной тенденцией, являющейся основным двигателем поведения и развития личности. Отсутствие смысла жизни приводит к состоянию, которое он называл экзистенциональным вакуумом (экзистенциональной фрусртацией), приводящей к развитию специфических ноогенных неврозов. Крушение надежд, ощущение бессмысленности собственного существования порождают безысходную скуку, невротические нарушения (неврозы навязчивых состояний, невроз выходного дня, невроз безработицы), страхи, фобии, нарушения в сексуальной сфере, соматические расстройства. Как правило, потеря смысла жизни происходит при сильных психотравмирующих событиях: участие в военных действиях, перенесённые потери, гибель близких.

Человек, находящийся в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести экстремальные соматические и психические нагрузки, избегнув болезни. Однако в жизни встречаются личностные проблемы, которые вызывают настолько тягостную фиксацию и душевный разлад, что в определенных жизненных ситуациях приводят к негативным эмоциям и неуверенности в себе. Именно в сложных ситуациях психосоматически отягощенные пациенты проявляют эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние.

Таким образом, в современном понимании патогенеза психосоматических заболеваний признается многофакторность в объяснении их природы. Соматическое и психическое, влияние предрасположенности и среды, фактическое состояние окружающей среды и ее субъективная переработка, физиологические, психические и социальные воздействия в их совокупности и взаимодополнении – всё это имеет значение в качестве взаимодействующих между собой факторов психосоматических заболеваний.

К психосоматическим заболеваниям относят те нарушения здоровья, этиопатогенез которых – истинная соматизация переживаний, то есть соматизация без психологической защиты, когда, защищая душевное равновесие, повреждается телесное здоровье.

Предполагается существование так называемого препсихосоматического личностного радикала – тех личностных особенностей, которые приводят к заболеванию; это очаг психосоматической импульсации, фиксированное патопластическое переживание. Он формируется в детском и подростковом возрасте.

**1.2 Возрастной кризис 13–15 лет и индивидуально-психологические особенности подростков**

Характеризуя индивидуально-психологические особенности подростков необходимо, прежде всего, сказать о кризисе этого возраста. Этокризис социального развития, напоминающий кризис трех лет «Я сам», но теперь это «Я сам» реализуется в социальном смысле.

В литературе он описан как возраст второй перерезки пуповины. Характеризуется определенной остротой. Симптомы кризиса следующие:

Наблюдается снижение продуктивности учебной деятельности даже в тех областях, в которых ребенок явно одарен.

Второй симптом кризиса – негативизм. Ребенок как бы отталкивается от среды, он враждебен, склонен к ссорам, нарушениям дисциплины, испытывает внутреннее беспокойство, недовольство, стремление к одиночеству. У мальчиков негативизм проявляется ярче и чаще, чем у девочек, хотя начинается позже, в 14–16 лет.

Поведение подростка не всегда имеет негативный характер. Выготский пишет о трех вариантах поведения.

Первый вариант – негативизм ярко выражен во всех областях жизни подростка. Причем это длится от нескольких недель до нескольких месяцев. Такая реакция наблюдается у 20% подростков.

При втором типе ребенок – потенциальный негативист. Негативизм проявляется лишь в некоторых жизненных ситуациях, главным образом как реакция на отрицательное влияние окружающей среды: семейные конфликты, угнетающее действие обстановки, давление взрослых. Таких детей большинство, примерно 60%.

И третья ситуация – когда негативных явлений нет вовсе. Она встречается у 20% детей.

В подростковом возрасте резко возрастает чувствительность детей к различного рода психотравмам, конфликтам, утратам, неприятностям.

Особое значение имеют две группы факторов, имеющих хронический характер: это неправильное воспитание и конфликтные ситуации.

Во вторую группу включаются следующие ситуации: эмансипационный конфликт, в том числе отравление свободой, конфликт на основе реакций группирования со сверстниками, насильственное лишение общения со сверстниками, отвержение, неумение вступать в контакты, повышенное нереализуемое притязание на лидерство, конфликт на основе комплекса собственной неполноценности, на почве краха завышенных притязаний, на основе невозможности удовлетворения высоких требований к самому себе.

Из приведенного перечисления видно, что в значительной степени психологические конфликты подростка – это конфликты не только с самим собой, но практически всегда с непосредственным окружением.

В этот период отмечается повышенная утомляемость подростка, при этом неблагоприятно влияет на психическое здоровье не сама нагрузка, а неправильно организованный учебно-образовательный процесс, несоблюдение требований психогигиены обучения, недостаток свободного времени для реализации личных потребностей, конфликтные отношения на разных уровнях в период обучения.

Именно в этом возрасте появляется первый пик суицидальной активности, возникает риск негативных зависимостей, связанных с осознанием и переживанием психологического кризиса.

Особенно чувствительны к последствиям психологического кризиса следующие категории подростков: подростки, перенесшие насилие, ставшие жертвами жестокого обращения в семье, в различных бытовых ситуациях; подростки, перенесшие психическую травму в связи со смертью родителей, с потерей близких; подростки, оказавшиеся в ситуации развода родителей; застенчивые подростки; подростки, перенесшие серьезное медицинское вмешательство; одаренные дети, уже имеющие высокие результаты по сравнению со своими сверстниками.

В этот период резко возрастает недовольство своим телом, раздражительность, вызванные гормональными перестройками, глубоко меняется отношение к миру, возникает потребность в независимости, появляется грубость, цинизм, нонконформизм [2, 315].

Исходя из вышеизложенногоодним из самых сложных периодов в онтогенезе человека принято считать подростковый возраст. В этот период происходит не только коренная перестройка ранее сложившихся психологических структур, возникают новые образования, но и закладываются основы сознательного поведения, вырисовывается общая направленность в формировании нравственных представлений и социальных установок.

Характеризуя данный возраст Л.И. Бажович отмечает, что «на основе социальной ситуации развития происходят коренные изменения в содержании и соотношении основных мотивационных тенденций школьника», его «внутренней тенденции». Внутренняя позиция ребенка складывается из того, как ребенок на основе предшествующего опыта, стремлений относится к тому объективному положению, которое он занимает в жизни в настоящее время. Таким образом, в качестве основного новообразования в подростковом возрасте Л.И. Бажович называет следующий факт: «Складываются и стабилизируются качества личности, превращаясь в устойчивые черты характера» [27].

Для подросткового возраста характерна направленность деятельности на усвоение норм взаимоотношений.

В 10–15 лет складываются особо благоприятные условия для проявления и закрепления общественной сущности индивида.

Важным признаком, характеризующим самосознание подростка, считают так называемое «чувство взрослости». Взрослость подростка субъективно связывается им не с подражанием, а с приобщением к миру взрослых, с появлением у него чувства социальной ответственности, как возможности и необходимости отвечать за себя и за общее дело.

Подросток ставит себя в ситуацию взрослого в системе реальных отношений. Подросток требует признания своей самостоятельности, своего равенства, хотя для этого отсутствуют реальные условия – и физические, и интеллектуальные, и социальные. Эмоционально окрашенное стремление к самостоятельности проявляется у разных детей по-разному, что отражается, в частности, в мотивационных структурах. [1; с. 352].

Курт Леви говорил: «Подросток находится в положении маргинальной личности». Он не хочет больше принадлежать сообществу детей и в тоже время знает, что он еще не взрослый [28].

Н.И. Толстых отмечает, что в ходе бурного развития и физиологической перестройки организма у подростков может возникнуть чувство тревог и повышенная возбудимость, депрессия. Подростку бывает нелегко удерживать субъективное ощущение в целостности и стабильности своего «Я», или чувство идентичности, что в свою очередь порождает множество личностных проблем.

Другим важным механизмом самосознания выступает личностная и межличностная рефлексия, представляющая собой форму осознания подростком как своего внутреннего мира, так и понимание внутреннего мира других.

Г. Крайг говорит: «Подростки стремятся постичь не только себя, но и разобраться в других людях. Способность учитывать мысли других людей, в сочетании с повышенным вниманием подростков к собственным метаморфозам ведет к особого рода эгоцентризму. Подростки склонны полагать, что они и их поведение столь же интересны другим людям, как и им самим. Им иногда не удается провести грань между их собственным интересом и интересом других людей. В результате они склонны делать поспешные выводы о реакциях окружающих людей и предполагать, что другие столь же одобрительно и критически относятся к ним, как они сами относятся к себе». Результаты исследований указывают на то, что подростки гораздо больше, чем младшие дети беспокоятся о том, что другие люди узнают об их недостатках. [11; с. 992].

Представления подростков о том, что другие люди постоянно наблюдают за ними и оценивают их, получило название воображаемой аудитории (Elkind, 1967). Являясь продуктом фантазии увлеченного собой подростка, воображаемая аудитория разделяет с подростком его личные мысли и чувства. Подростки выступают перед этой аудиторией на своей внутренней «сцене», чтобы «примерить» на себя различные установки и формы поведения. Воображаемая аудитория также является причиной застенчивости подростков – они постоянно болезненно ощущают себя на виду у всех. Поскольку подростки не уверены в своей идентичности, то пытаясь понять, кем они являются в действительности, они болезненно реагируют на мнение других.

В период отрочества необыкновенно возрастает значение групп сверстников. Подростки ищут поддержки у других, чтобы справиться с физическими, эмоциональными и социальными переменами отрочества.

Понятно, что они ищут поддержки у тех, кто испытывает тоже самое, у сверстников.

Круг родственников играет основную роль в развитии социальных навыков подростка. Характерные для них отношения равенства помогают выработке положительных реакций на различные кризисные ситуации, с которыми сталкивается подросток (Epstein, 1983; Hawkins, Berdt, 1985).

Подростки перенимают у своих друзей и сверстников виды поведения, ценимые обществом, и наиболее подходящие им роли. Социальная компетентность – основная составляющая способность подростка приобретать новых друзей и сохранять старых (Fisher, Sollie, Morrow, 1986).

Развитие социальной компетентности базируется частично на способности подростка к социальным сравнениям. Эти сравнения дают ему возможность сформировать личную идентичность, а также и оценить черты других. На основании этих оценок подростки выбирают друзей и определяют отношение к различным группам и компаниям, составляющим часть окружения сверстников. Кроме того, перед подростком встает задача анализа противоречащих друг другу ценностей сверстников и родителей.

Реакция подростков на сверстников опосредуется обычаями и традициями культуры, в которых они выросли. Эти обычаи и традиции связаны с социально-экономическим статусом, профессиональной, этнической и религиозной принадлежностью их родителей и целым рядом других факторов. Поэтому противоречие во взглядах на мир, которых придерживается семья и сверстники, просто неизбежны. Все подростки должны «перейти границу» между этими двумя мировоззрениями, чтобы определить свою собственную идентичность. Подростки, еще находящиеся в процессе самоопределения, склонны либо слишком строго разграничивать миры родителей и сверстников, либо рабски следовать строгим предписаниям группы сверстников в поведении, манере одеваться и во всем остальном, что представляется значимым в этом возрасте.

Подростки обычно испытывают сильное давление, понуждающее их соответствовать нормам или ожиданиям нескольких референтных групп. На их Я – образ влияет то, насколько хорошо они вписываются в группу или отвечают требованиям сверстников. Их система ценностей часто зависит от ценностей других людей.

**1.3 Влияние хронического соматического заболевания на характер психического развития человека**

В отечественной медицине психологии больного всегда уделялось пристальное внимание. Еще классики клинической медицины М.Я. Мудро, З.П. Боткин, Г.А. Захарькин, Н.И. Пирогов довольно убедительно обосновали принципы лечения не болезни, а больного. Большую роль в формировании медицинской психологии, а следовательно, и в психологии больного сыграли исследования И.М. Сеченова. В последующем большой вклад в изучение этих проблем внесли такие известные советские клиницисты и психологи как Р.А. Лурия, Е.А. Шевалев, Е.К. Краснушкин, В.И. Мясищев, Л.Л. Рохлин и др. Несмотря на это, многие вопросы психологии больного остаются актуальными и в настоящее время.

Порой внимание врача-специалиста приковано к проявлениям самого заболевания, а особенности реагирования целостного организма и своеобразие личности больного оценивается недостаточно.

Психология больного нами понимается как субъективное отражение болезни, его интрапсихологическая переработка представления о ней. Другими словами, это оценка больным своего соматического страдания, отношения к нему и его исходу, к семье, близким, общественно-трудовой деятельности, окружающей среде. В психологии больного главным для врача является отношение к болезни [25; с. 107].

Соматическое и психологическое, хотя и являются качественно различными явлениями, но реально представляют собой лишь различные стороны единого, живого, конкретного человека и отрывать эти стороны друг от друга в исследовании такой проблемы, как проблема болезни представляется принципиально неверным. На это еще в 30‑х годах прошлого столетия указывал советский клиницист Р.А. Лурия в своей книге «Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания». На единство психического и соматического указывают и более современные отечественные исследователи: Г.В. Морозов, Ф.В. Бассин, Г.И. Царегородцев, и многие другие.

Большое внимание уделяет проблеме психосоматики Ф.В. Бассин. Он разрабатывает так называемый психосоматический подход к проблеме развития и преодоления болезни, который характеризуется рассмотрением патологических явлений с учетом целостности человека в условиях болезни. Тяжелое хроническое соматическое заболевание существенно изменяет всю социальную ситуацию развития человека. Оно изменяет уровень его психологических возможностей осуществления деятельности в целом, т.е. меняет объективное место, занимаемое человеком в жизни, а тем самым его «внутреннюю позицию» по отношению ко всем обстоятельствам жизни [29].

Другим важным компонентом социальной ситуации развития соматически больного является то, что человек вступает в новую жизненную ситуацию с уже сформированными особенностями психической организации: определенным уровнем преморбидных познавательных возможностей, мотивационной структурой личности, сложившимся уровнем оценки своих возможностей и ожиданий. Болезнь может изменить все перспективы человеческой жизни, характер ее ориентации на будущее. Как показывает опыт работы с больными, будущее для них часто становится неопределенным, теряет свои четкие очертания, в ряде же случаев развертывается перед больным в оскудевшем виде, не соответствующем сложившимся планам и ожиданиям.

Еще одним направлением анализа социальной ситуации развития в условиях соматической болезни является изучение социальных последствий болезни, среди которых важнейшими являются изменения профессионального и семейного статуса человека. Вынужденный отказ от привычной профессиональной деятельности (необходимость в смене профессии), переход на инвалидность, превращение в объект семейной опеки, изоляция от привычного социального окружения (стационарное лечение), все это в комплексе сильно изменяет весь психический облик больного.

И наконец, новая социальная ситуация развития становится предметом активной внутренней «работы» самого больного, вследствие которой формируется новая внутренняя позиция человека, содержание и динамика которой отражают основные смысловые изменения в структуре личности. Новая социальная ситуация развития может стать источником формирования у человека как психологических позитивных для судьбы новообразований (виде компенсаторных приспособительных проявлений), так и негативных черт психики с тенденцией к оскудению и обеднению всего психического облика, сужению связей с миром и т.п. Последнее в медицинской литературе классифицируется в понятиях невротического, психоподобного или патохарактерологического развития больного. И когда речь идет о соматически больном подростке, то можно говорить об изменении «социальной ситуации развития, ведь «всякий телесный недостаток не только изменяет отношение человека к миру, но, прежде всего, сказывается на отношениях с людьми. Органический дефект или порок реализуется как социальная ненормальность поведения» [4; с. 128].

Таким образом, для изучения изменений психики соматически больного необходимо рассматривать социальную ситуацию развития в условиях болезни. Основными ее составляющими являются: преморбидные особенности психики; основные социальные последствия болезни; изменения внутренней позиции больного по отношению ко всей совокупности обстоятельств [16; с. 54].

Что же на сегодняшний день известно в общих чертах о влиянии соматической болезни на психическую сферу человека?

В медицинской психологии наиболее актуальной остается проблема внутренней картины болезни, которую в свое время исследовал Р.А. Лурия. Он выделил два основных уровня: сенситивный, включающий в себя ощущения и переживания, размышления больного о своем состоянии. Р.А Лурия считает, что интеллектуальный уровень обладает большим влиянием на течение патологических процессов.

В.В. Николаева выделила четыре уровня внутренней картины болезни:

1. Сенситивный уровень ощущений.

2. Эмоциональный – это различные виды реагирования на болезнь.

3. Интеллектуальный – представления больного о своем заболевании.

4. Мотивационный – отношение больного к своему заболеванию. [12; c. 315].

А.Р. Конечный и М. Боухал в работе «Психология в медицине» (Прага, 1974) выделяют следующие уровни:

1. Сенситивный – локальные боли, расстройства.

2. Эмоциональный – эмоциональные переживания.

3. Волевой – усилие справиться с болью.

4. Рациональный, информативный – оценка болезни. [8; с. 123].

Среди многих структур внутренней картины болезни интересна структура, которую предложили Т.Н. Резникова и В.М. Смирнов. Они рассмотрели внутреннюю картину болезни с нейрофизиологической стороны и ввели понятие «церебральное информационное поле болезни» (ЦИПБ), которое формируется на основе всей информации, относящейся к болезни. Но на основе самого ЦИПБ формируется «психологическая зона информационного поля болезни», которое состоит из двух блоков:

1. Сенсорно-эмоциональный блок, его формирование происходит под влиянием впечатлений и переживаний, вызванных болезнью.
2. Логический блок, включающий в себя те объяснения, которые производит больной, чтобы объяснить симптомы болезни.

При этом авторы выделяют, что полная модель внутренней картины болезни создается тогда, когда складывается система логических, смысловых и эмоциональных отношений к болезни.

Также интересна точка зрения В.Е. Кагана на данную проблему. Он вел новую концепцию о «внутренней картине здоровья», и тем самым соотнес понятие внутренняя картина болезни не только с понятием «болезнь» но и с понятием «здоровье». В.Е. Каган говорит, что «здоровье» – это не только антоним «болезни», но и есть мера отклонения от физиологической, статистической и индивидуальной нормы. Человек – субъект этой индивидуальной нормы – так или иначе знает, что такое здоровье соотносит с ним свое актуальное состояние. Человек считает себя больным только лишь когда его переживания своего состояния не вписываются в его «внутреннюю картину здоровья» и напротив, представления о здоровье могут быть настолько широкими, что обнимут широкий круг патологических состояний» [16; с. 1024].

Вышесказанное позволяет рассмотреть ситуацию полнее и, кроме этого, можно обратиться к проблеме культуры здоровья и индивидуальной внутренней картины здоровья.

Особенностью внутренней картины болезни является то, что она включает в себя типы реакций на болезнь, и разные авторы выделяют свои классификации этих реакций:

1. Нормальная, то есть соответствует состоянию пациента или тому, что было ему сообщено о заболевании.
2. Пренебрежительная, когда больной недооценивает серьезности заболевания.
3. Отрицательная, при которой пациент не обращает внимания на болезнь.

Ипохондрическая, при которой пациент убежден, что он заболел, сосредоточен на своей болезни.

1. Нозофобия, когда пациент боится болезни, проходит обследование несколько раз у разных врачей.
2. Нозофильная, связанная с определенным успокоением и приятным чувством болезни. [21; с. 44].

А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев в работе «Психология больного» выделяют четыре типа реакций:

1. Нормосоматогнозия – правильная оценка больным своего состояния.

2. Гиперсоматогнозия – переоценка значимости отдельных симптомов.

3. Гипосоматогнозия – недооценка тяжести заболевания.

4. Диссоматогнозия – отрицание наличия заболевания.

Кроме вышеперечисленных они выделяют патологический тип реагирования, при котором наблюдаются депрессивные, фобические, истерические, ипохондрические признаки.

Такое многообразие типов реакций на болезнь говорит о том, что формирование внутренней картины болезни зависит от многих факторов. В.В. Николаева указывает на важность преморбидной личности больного и на актуальность его жизненной ситуации. А.Р. Конечный, М. Боухал говорят о характере заболевания, об обстоятельствах, в которых протекает болезнь и на преморбид личности (возраст, степень чувствительности, темперамент, ценности, социальное положение). В.А. Ташлыков в «Психологии лечебного процесса» утверждает, что формирование внутренней картины болезни зависит от ведущих и внутренних систем, а также от механизмов защиты и компенсации.

**1.4 Выводы по теоретической части исследования**

Таким образом, можно сказать, что формирование внутренней картины болезни зависит от всех сфер систем, как внутренних, так и внешних, в которых находится человек. Состоит из разных уровней и имеет причинные проявления, среди которых особое место уделяется эмоциональному уровню и его проявлениям.

При возникновении заболевания происходит изменение личности больного в целом. Болезнь характеризуется как препятствие на пути достижения прежних жизненных целей, и забота о своем здоровье в этот период является необходимым средством для продолжения привычной деятельности. При длительном лечении у больных отмечается неадекватная модель ожидаемых результатов лечения. Также происходит сужение интересов и полное погружение в болезненное состояние. Больные становятся раздражительными, конфликтными, начинают отрицательно относится к различным медицинским манипуляциям, а все окружающее начинают оценивать с точки зрения – поможет это процессу лечения или нет.

Конечно же, на степень выраженности этого поведения влияют особенности личности больного, но, тем не менее, подобные реакции можно наблюдать у большинства больных.

Изменение эмоционального уровня, безусловно, влияет на психическое развитие личности. «Первым сигналом подобной перестройки является возникновение нового по своему качеству эмоционального состояния». Ведущим становится мотив сохранения жизни. [20; с. 512].

Любая соматическая болезнь – психическая травма для человека. Подросток, как и взрослый, может осознавать тяжесть своего заболевания, тем реальнее переживается серьезность заболевания, появляется страх по этому поводу.

В условиях хронической болезни у подростков (по сравнению с младшими детьми) наблюдается готовность к ипохондрическому типу реагирования, возникают невротические расстройства, истерические и истероформные нарушения. Как правило, хронические заболевания в детском возрасте сопровождаются патологическим формированием личности [15; с. 640].

Длительное соматическое заболевание нередко становится у детей источником задержки общего и психического развития. Чаще всего стойкая астения, снижающая общий психический тонус, приводит к нарушениям эмоционально-волевой сферы [19; с. 192].

Для наступившего заболевания, не сопровождающегося стойкой, порой многолетней астенией, справедливо мнение Л.С. Выготского о том, что любой дефект есть всегда и источник силы. Одновременно с дефектом даны «психологические тенденции противоположного направления, даны компенсаторные возможности для преодоления дефекта… именно они выступают на первый план в развитии ребенка и должны быть включены в воспитательный процесс, как его движущая сила» [18; с. 157].

**2. Организация и методы исследования**

**2.1 Организация эмпирического исследования**

Исследование по данной теме проводилось в городе Кунгуре среди двух групп – учащихся 8‑х классов МОУ СШ №13 и МОУ лицей №1 (МОУ – муниципальное образовательное учреждение, СШ – средняя школа). Первую группу составили здоровые подростки в количестве 23 человека. Вторую – учащиеся, имеющие психосоматическую патологию (различные соматические заболевания, например: функциональные кардиопатии, гастродуодениты, вегетососудистые дистонии и т.д.), в количестве -39 человек. Возрастные границы подростков – 13–15 лет.

Целью исследования для нас было изучение индивидуальных особенностей личности подростков, имеющих психосоматическую патологию и здоровых детей.

Предметом исследования выступили личностные факторы, особенности темперамента, школьной тревожности, акцентуации характера подростков и их взаимосвязи.

В качестве объекта исследования выступили индивидуальные особенности личности подростков, имеющих психосоматическую патологию и здоровых детей.

Гипотезы исследования:

Существуют различия в выраженности показателей исследования в группах учащихся с разным уровнем психосоматического здоровья.

Выраженность личностных свойств (показатели тревожности, нейротизма, эмоционально-волевой сферы) оказывает влияние на уровень психосоматического здоровья учащихся.

Задачи исследования:

Провести сравнительный анализ личностных профилей учащихся школы и лицея.

Определить различия в выраженности показателей исследования учащихся обеих групп (средней общеобразовательной школы и лицея).

Определить личностные особенности учащихся средней общеобразовательной школы.

Определить личностные особенности лицеистов.

Выявить эмпирические личностные структуры учащихся школы и лицея.

Провести сравнительный анализ факторных структур, полученных в выборках учащихся школы и лицея.

Подготовить материал для составления рекомендаций по психокорректирующей работе с учащимися, имеющими соматическую патологию (для всех участников образовательного процесса).

**2.1.1 Методы исследования и их обоснование**

# При исследовании использовались следующие психодиагностические методики.

Используемые методики обладают достаточными психометрическими характеристиками по критериям валидности и надёжности.

**2.1.2 Методика диагностики темперамента Г. Айзенка**

Цель методики: выявить особенности темперамента.

На основе анализа ответов на анкетный опросник определяется, к какому типу темперамента относится человек.

Понятие «темперамент» обозначает одну из важных подструктур индивидуальности, которая оказывает значительное влияние на особенности деятельности и поведения человека. Темперамент имеет разнообразные жизненные проявления, которые необходимо учитывать. Различия темперамента проявляются в особенностях эмоциональной сферы, общении, психических процессах и тех способах, которыми человек реализует свою деятельность. Известные типы темперамента – сангвиник, холерик, флегматик, меланхолик – диагностируются по Айзенку исходя из двух основных шкал: шкалы экстраверсии – интроверсии и шкалы нейротизма.

Экстраверсия*,*по Айзенку, связана с общительностью, жаждой новых впечатлений, возбуждения. Экстраверт имеет много друзей, склонен к рискованным поступкам, действует под влиянием момента, импульсивен, любит шутки, «не лезет в карман за словом». Экстраверт беззаботен, добродушен, весел, оптимистичен, любит смеяться, предпочитает движение и действие, имеет тенденцию к aгрессивности, вспыльчивости. Его эмоции строго не контролируются на него не всегда можно положиться.

Интроверсияспокоен, застенчив, склонен к самоанализу, предпочитает общению с людьми книгу, сдержан и отдалён от всех, кроме близких людей. Планирует свои действия заранее, не доверяет внезапным побуждениям. Он серьёзно относится к принятию решений, любит во всём порядок, контролирует свои чувства, редко поступает агрессивно, не выходит из себя. Обладая пессимистичностью, высоко ценит нравственные нормы.

Нейротизм*,*по Айзенку, характеризует эмоциональную устойчивость или неустойчивость (эмоциональную стабильность – нестабильность). Нейротизм, по некоторым данным, связан с показателями лабильности нервной системы. На полюсе эмоциональной стабильности находится тип личности, характеризующийся чрезвычайной устойчивостью, зрелостью, отличной адаптацией, а на другом, – чрезвычайно нервозный, неустойчивый, плохо адаптированный тип.

В опросник Айзенка с целью коррекции результатов обследования введена ещё одна шкала – социальной желательности, выделяющая тенденцию реагировать на вопросы так, чтобы получить желаемые для обследуемого результаты. Иначе эту шкалу называют «шкала лжи».

Опросник состоит из 60 вопросов, из которых 24 – по шкале интроверсии – экстраверсии, 24 – по шкале нейротизма и 12 – по шкале лжи.

Можно схематично характеризовать «чистые» типы темперамента следующим образом:

Сангвиникбыстро приспосабливается к новым условиям, быстро сходится с людьми, общителен. Чувства у сангвиника легко возникают и сменяются. Мимика богатая, подвижная, выразительная. При отсутствии серьёзных идей, целей, глубоких мыслей, творческой деятельности у сангвиника вырабатывается поверхностность и непостоянство.

Холерикотличается повышенной возбудимостью, большой эмоциональностью, порывистостью, импульсивностью. Проявление холерического темперамента в значительной мере зависит от направленности личности. У людей с общественными интересами, он проявляется в инициативности, энергичности, принципиальности. Там, где нет богатства духовной жизни, холерический темперамент часто проявляется отрицательно в раздражительности, аффективности.

Флегматикобычно ровен, спокоен, редко «выходит из себя», не склонен к аффектам. В зависимости от условий в одних случаях у флегматика могут возникнуть положительные черты: выдержка, глубина мыслей и т.д.; в других – вялость и безучастность к окружающему, лень, безволие. Флегматик медленно вырабатывает новые формы поведения, но они являются устойчивыми.

Меланхоликтрудно сосредоточивается на чём-либо, его реакция часто не соответствует силе раздражителя. Сильные воздействия вызывают у него продолжительную тормозную реакцию. При нормальных условиях меланхолик глубокий, содержательный. При неблагоприятных – может превратиться в замкнутого, боязливого, тревожного человека.

**2.1.3 Опросник для диагностики школьной тревожности Филипса**

Тест состоит из 58 вопросов. На каждый вопрос требуется однозначно ответить «Да» или «Нет». При обработке результатов выделяют вопросы, ответы на которые не совпадают с ключом теста (не совпадение с ключом – проявление тревожности). Если несовпадение по всему тесту больше 50%, можно говорить о повышенной тревожности, если больше 75% – о высокой тревожности. Уровень тревожности по каждой шкале определяется аналогично.

Охарактеризуем значение каждой шкалы теста:

Общая тревожность в школе – общее эмоциональное состояние ребёнка, связанное с различными формами его включения в жизнь школы.

Переживания социального стресса – эмоциональное состояние ребёнка, на фоне которого развиваются его социальные контакты (прежде всего, со сверстниками).

Фрустрация потребности в достижении успеха – неблагоприятный психический фон, не позволяющий ребёнку развивать свои потребности в успехе, достижении высокого результата.

Страх самовыражения – негативные эмоциональные переживания ситуаций, сопряженных с необходимостью самораскрытия, предъявления себя другим, демонстрации своих возможностей.

Страх ситуации проверки знаний – негативное отношение и переживание тревоги в ситуациях проверки (особенно – публичной) знаний, достижений, возможностей.

Страх не соответствовать ожиданиям окружающих – ориентация на значимость других в оценке своих результатов, поступков и мыслей, тревога по поводу оценок.

Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу – особенности психофизиологической организации, снижающие приспособляемость ребёнка к ситуациям стрессогенного характера, повышающие вероятность неадекватного, деструктивного реагирования на тревожный фактор среды.

Проблемы и страхи в отношениях с учителем – общий негативный эмоциональный фон отношений с взрослыми в школе, снижающий успешность обучения ребёнка.

**2.1.4 Методика диагностики акцентуаций характера К. Леонгарда**

Методика предназначена для диагностики типа акцентуации личности. В основу её положена концепция «акцентуированных личностей» К. Леонгарда. Согласно этой концепции, черты личности могут быть разделены на две группы: основную и дополнительную. Основных черт меньше, но они являются стержнем личности, определяют её развитие, адаптацию и психологическое здоровье. При большей степени выраженности основных черт они накладывают отпечаток на личность в целом и при неблагоприятных социальных условиях могут разрушить структуру личности. Личности, у которых основные черты имеют высокую степень выраженности, названы К. Леонгардом акцентуированными: он выделяет десять основных типов: гипертимные, застревающие, эмотивные, педантичные, тревожные, циклотимные, демонстративные, неуравновешенные, возбудимые, дистимные и экзальтированные.

Описание акцентуаций характера по методике К. Леонгарда – Г. Шмишека:

Гипертимный тип акцентуации**.** Личность общительная, очень подвижна, настроение, как правило, повышенное, приподнятое. Склонна к жестикуляции, особенно в спорах, разговорах. Любит командовать, времяпровождение в шумной компании, хотела бы постоянно быть в деле. В общении словоохотлива, но может спонтанно, неожиданно отклоняться от первоначальной темы разговора. Интересы широки, но поверхностны. Имеет большое стремление к самостоятельности, что может служить источником конфликтов. Характерны кратковременные вспышки гнева, раздражения, особенно в ситуациях сильного противодействия, неудачи. Часто это может проявляться и для того, чтобы обратить на себя внимание. Может не чувствовать дистанцию в отношениях с другими людьми, плохо понимает разницу между дозволенным и недозволенным. Критика к себе снижена, может быть лживой, склонной к авантюрам. Как правило, не трудолюбива. Не переносит монотонную деятельность, вынужденное одиночество, жесткую дисциплину.

Застревающий*.* Характерна умеренная общительность, занудливость, склонность к нравоучениям. Часто страдает от мнимой несправедливости по отношению к себе. Проявляет настороженность и недоверчивость по отношению к людям, чувствительность к обидам и огорчениям, может отличаться мстительностью, долго переживать неудачи, обиды. Характерна заносчивость, вследствие этого может выступать инициатором конфликтов. Возможны проявления самонадеянности, жесткости установок и взглядов, сильно развитое честолюбие. Свои интересы отстаивает с особой энергичностью. Стремится добиться высоких показателей в любом деле, за которое берется и проявляет большое упорство в достижении своих целей. Основная черта – склонность к аффектам, когда затронуты личные интересы, уязвлено самолюбие. Как правило, имеет много врагов.

Эмотивный. Личность крайне эмоционально чувствительная, вспыльчивая. Чувства захватывают ее целиком, но внешне старается ярко это не проявлять. Наиболее сильно выраженная черта – сопереживание, отзывчивость, мягкосердечность. Личность впечатлительная, слезливая, склонна любые жизненные ситуации воспринимать серьезнее, чем другие люди. Свойственно обостренное чувство долга, исполнительность. Обычно имеет узкий круг друзей. Редко конфликтует. Обиды носит в себе, не высказывая их. Может попадать под влияние более сильной личности. Конфликт с близким человеком, несправедливость или грубое окружение могут привести к нервному срыву вплоть до суицида.

Педантичный*.* Данной личности характерна пунктуальность, тщательность, продуманность поведения. Предпочитает получать корректные и четкие указания. Ценит стабильность. Консервативна, плохо переносит смену обстановки. В нестандартных ситуациях теряется, пасует перед трудностями. В беседе, как правило, досаждает скучными подробностями. Охотно уступает лидерство другим. Хорошо справляется с монотонной работой, требующей внимания и скрупулезности. Добросовестна, аккуратна, надежна, но склонна к формализму, стремится переложить принятие решений на других. Остро реагирует на любое нарушение порядка. Средняя конфликтность. В конфликты вступает редко, чаще выступает в них в пассивной роли. Возможен конфликт в ситуациях, где требуется личная ответственность за важное дело или в том случае, когда недооцениваются заслуги этой личности окружающими.

Тревожный. Данной личности свойственна низкая контактность, робость, пугливость, неуверенность в себе, иногда тщательно маскируемая. Характерно чувство собственной неполноценности, обидчивость, застенчивость, неадекватная реакция на насмешки. Может становиться объектом постоянных шуток вследствие неумения постоять за себя. Охотно подчиняется более сильной личности, в лице которой находит защиту и поддержку. Как правило, в конфликт – вступает редко и в основном, играет в нем пассивную роль. Но иногда может реагировать агрессивно, вплоть до применения физической силы. Такие эксцессы могут происходить в ситуациях, когда возникает потребность преодолеть внутреннюю неуверенность, робость, страх наказания, постоянные насмешки, несправедливые обвинения.

Циклотимический. Личности данного типа свойственна частая смена настроения. Радостные события вызывают жажду деятельности, разговорчивость, печальные события – подавленность, замедленность реакции и мышления. Очень зависима от внешних событий, чувствительна к мнению окружающих. Склонна к разочарованиям. Интересы зависят от настроения. При перегрузке подвержена повышенной утомляемости с идеями самообвинения.

Демонстративный. Поведение такой личности крайне демонстративно, ей характерна живость, подвижность, легкость в установлении контактов. Присутствует склонность к фантазерству, притворству, авантюризму. Как правило, стремится к лидерству. Нуждается в понимании и похвале, но может раздражать окружающих высокими притязаниями, самоуверенностью. Неординарна, упорна, способна увлечь за собой. Может преувеличивать значимость собственной персоны. Обходительность сочетается с актерскими задатками. Может отлынивать от работы «заболевая» в самый ответственный момент. Как правило, эгоистична, с трудом переносит ситуации, когда ущемляются ее интересы, недооцениваются заслуги. Возможна склонность к интригам, систематическое провоцирование конфликтов, несмотря на внешнюю мягкость, безобидность. В конфликтах активно защищается. Может полностью забыть то, о чем не желает знать, поэтому способна лгать с невинным лицом-то, о чем говорит, для нее в этот момент является правдой. Остро реагирует на ущемление своего статуса «звезды». Способна увлечь других неординарностью мышления и поступков.

Возбудимый.Данной личности характерна недостаточная управляемость. Ослабленный самоконтроль над желаниями и побуждениями сочетается с потворством физиологическим влечениям. Характерна повышенная импульсивность, грубость, нудность, угрюмость, склонность к хамству и брани. Как правило, очень конфликтна, в конфликтах является провоцирующей стороной. В коллективе часто неуживчива. Может быть, властна в отношениях с более слабыми, льстива и услужлива с людьми, от которых зависит сама. В спокойном состоянии – добросовестна и аккуратна, в возбужденном – раздражительна вспыльчива вплоть до рукоприкладства, может быть очень жестока. Может быть выражена склонность к употреблению алкоголя, повышенной сексуальности. Работает по мере необходимости, к будущему часто равнодушна, целиком живет только настоящим. Повышенная импульсивность гасится с трудом и может быть опасна для окружающих. Не развит самоконтроль, прогнозирование последствий своих поступков. В общем, характерна непродуманность поступков.

Дистимный.Личность отличается серьезностью, подавленностью настроения, медлительностью, слабостью волевых усилий. Характерно пессимистическое отношение к будущему. Самооценка снижена. Немногословна, как правило, плохо идет на контакт, любит одиночество, не терпит шумных компаний, склонна к замкнутости. Может быть угрюма, заторможена. Возможно постепенное накопление злости, раздражительности, агрессивности. Конфликты возможны при необходимости смены образа жизни, побуждению со стороны к активным действиям. Как правило, серьёзна, добросовестна, справедлива. Ценит тех, кто с ней дружит и готов ей подчиняться.

Аффективно – экзальтированный*.* Яркая черта этого типа личности – способность восторгаться. Подвержена сиюминутным настроениям, эмоциональна, причем все эмоции преувеличены. Чувства захватывают целиком. Горе – долговременно, счастье – тоже. Эти чувства могут возникать по причинам, которые у других не вызывают особых эмоций. Как правило, словоохотлива, контактна. В жизни больше руководствуется чувствами, чем разумом. Может часто спорить, но до конфликтов старается не доводить. В конфликтах может быть как активной, так и пассивной стороной. Может проявлять привязанность, внимание к друзьям и близким. Плохо переносит неудачи, горестные события, склонна к отчаянию, паникёрству.

**Факторный личностный опросник Р. Кеттелла**

**(16 ФЛО – 105, форма C)**

Это одна из наиболее известных методик, созданная в рамках объективного подхода к исследованию личности. Опросник представляет собой систему из 16 шкал, измеряющих различные полярные свойства личности.

16‑факторный опросник был создан Р. Кеттеллом для диагностики взрослых в самых различных ситуациях. Опросник 16 РF предназначен, в первую очередь, для оценивания нормальной личности. Он позволяет подробно описать личностную структуру, вскрыть взаимосвязь отдельных свойств личности, выявить внутриличностные проблемы, найти компенсаторные механизмы для поддержания психического здоровья.

Коэффициент надежности опросника 16 РF, полученный методом расщепления теста на части, находится в пределах 0,71–0,91. Коэффициент ретестовой надежности (через две недели) – 0,56–0,73. Р. Кеттелл отмечал высокую валидность опросника.

Методика отражает такие факторы, как:

– «А» – сфера общительности в малой группе;

– «В» – степень интеллектуальности;

– «C» – степень выраженности силы «Я», эмоциональная неустойчивость, устойчивость;

– «E» – степень доминантности;

– «F» – степень озабоченности–/беспечности/, возбудимости-невозбудимости;

– «G» – выраженность силы «сверх Я», /нормативность поведения/;

– «Н» – социальная активность в обществе в целом /робость-смелость/;

– «I» – мужественность-женственность /жесткость-мягкость/, сензитивность;

– «L» – внутреннее спокойствие-напряженность /доверчивость-подозрительность/;

– «М» – практичность-мечтательность /ориентация на реальную действительность – уровень развития воображения/;

– «N» – прямолинейность-дипломатичность /безискуственность-хитрость/;

– «O» – спокойная адекватность-чувство вины /уверенность в себе-тревожность/;

– «Q1» – консерватизм – радикализм;

– «Q2» – рациональная конформность-неконформизм /высокая самооценка-низкая самооценка/;

– «Q3» – низкий самоконтроль «Я» концепции – высокий самоконтроль;

– «Q4» – низкое рабочее напряжение – высокое рабочее напряжение;

Результаты психодиагностики (см. сводную таблицу 1, в приложении 1) были подвержены статистической обработке с помощью многофункциональной компьютерной программы «Statistika 6.0», с использованием следующих методов:

* Описательная характеристика выборки.
* Метод Стьюдента (T‑критерий).
* Корреляционный анализ Пирсона и факторный анализ.

**3. Результаты эмпирического исследования и их обсуждение**

**3.1 Описательная характеристика выборки учащихся**

Начиная анализ результатов исследования, мы решили провести сравнительный анализ распределения показателей в выборках испытуемых учащихся с разным уровнем психосоматического здоровья, тем самым решая первую задачу исследования.

С этой целью мы построили среднестатистические личностные профили и гистограммы выраженности показателей по всем используемым в исследовании методам.

Выявить особенности темперамента испытуемых учащихся с разным уровнем психосоматического здоровья, нам помог опросник Г. Айзенка.

Ряд 1 – учащиеся, имеющие 2 группу здоровья;

Ряд 2 – учащиеся, имеющие 1 группу здоровья.

Рисунок 1. Гистограммы выраженности показателей темпераментальных особенностей испытуемых подростков (по методике Г. Айзенка).

Где: 1 – показатели интро-экстраверсии; 2 – показатели нейротизма.

Известно, что понятие «темперамент» обозначает одну из важных подструктур индивидуальности, которая оказывает значительное влияние на особенности деятельности и поведения человека. Темперамент имеет разнообразные жизненные проявления, которые также необходимо учитывать. Различия темперамента проявляются в особенностях эмоциональной сферы, общении, психических процессах и тех способах, которыми человек реализует свою деятельность. Известные типы темперамента – сангвиник, холерик, флегматик, меланхолик – диагностируются по Айзенку исходя из двух основных шкал: шкалы экстраверсии – интроверсии и шкалы нейротизма.

Обратимся к рисунку 1, где представлены гистограммы выраженности показателей темпераментальных особенностей испытуемых подростков по методике Г. Айзенка, на основе анализа, ответов которого, мы определили, к какому типу темперамента относятся испытуемые данной выборки.

Как видно из представленных гистограмм, показатели, как экстраверсии, так и нейротизма более выражены в выборке учащихся, имеющих первую группу здоровья, что позволяет нам предположить, что эти ребята более общительны, чем учащиеся, имеющие вторую группу здоровья. Они имеют много друзей, склонны к рискованным поступкам, импульсивны, любят шутки, добродушны, веселы, оптимистичны, предпочитают движение и действие.

Что касается выраженности показателя эмоциональной устойчивости (нейротизма), то можно отметить то, это устойчивые, в некотором роде, здоровые подростки, обладают отличной адаптацией.

Учащихся обеих групп, имеющих как первую, так и вторую группы здоровья, по выраженности показателя нейротизма можно практически одинаково охарактеризовать, так как их профиль по Айзенку лишь немногим отличается, может быть только тем, что показатель экстра-интроверсии находится ближе к кругу (по Айзенку). В этом случае, мы можем утверждать, что их темпераментальные особенности более сбалансированы.

Рассмотрим выраженность показателей школьной тревожности испытуемых подростков по методике Филипса (см. рисунок 2).

Ряд 1 – учащиеся, имеющие 2 группу здоровья;

Ряд 2 – учащиеся, имеющие 1 группу здоровья.

Рисунок 2. Гистограммы среднестатистической выраженности показателей школьной тревожности испытуемых подростков (по методике Филлипса).

Где:1 **–** общая тревожность; 2 – переживание социального стресса; 3 – фрустрация потребности в достижении успеха; 4 – страх самовыражения; 5 – страх ситуации проверки знаний; 6 – страх не соответствовать ожиданиям окружающих; 7 – низкая физиологическая сопротивляемость стрессу; 8 – проблемы и страхи в отношениях с учителями.

Здесь мы наблюдаем следующую картину. Практически показатели школьной тревожности в большей степени выражены в выборке учащихся, имеющих вторую группу психосоматического здоровья, где максимальные различия видны по показателям «фрустрация потребности в достижении успеха», «переживание социального стресса», «страх не соответствовать ожиданиям окружающих» и «проблемы и страхи в отношении с учителями» и, соответственно «общий показатель тревожности».

Таким образом, можно отметить, что общая тревожность в школе, общее эмоциональное состояние учащихся, со второй группой здоровья, связанное с различными формами его включения в жизнь школы, более эмоционально нагружено. И это связано, прежде всего, с неблагоприятным психическим фоном, не позволяющим подросткам этой группы развивать свои потребности в успехе, достижении высокого результата, а также страхом не соответствовать ожиданиям окружающих, который проявляется в ориентации на значимых других, в оценке своих результатов, поступков и мыслей (тревога по поводу оценок). Общий негативный эмоциональный фон отношений с взрослыми в школе, снижающий успешность обучения подростков, также значительно выше в выборке подростков, имеющих вторую группу здоровья, что, несомненно, сказывается на переживании социального стресса, то есть эмоциональном состоянии учащихся, имеющих вторую группу психосоматического здоровья, на фоне которого развиваются социальные контакты детей (прежде всего, со сверстниками).

Рассмотрим выраженность акцентуаций характера испытуемых учащихся, имеющих разные группы психосоматического здоровья, по методике К. Леонгарда (см. рисунок 3).

Так, мы видим, что в группе учащихся со второй группой здоровья выше гистограммы по таким типам акцентуации характера, как: «эмотивный тип» и «тревожный», что характеризует подростков как: эмоционально чувствительных, когда чувства захватывают целиком, но внешне подростки стараются ярко это не проявлять. Наиболее сильно выраженная черта – сопереживание, отзывчивость, мягкосердечность. Дети этой группы впечатлительны, склонны любые жизненные ситуации воспринимать серьёзнее, чем другие люди. Также им свойственно обострённое чувство долга, исполнительность. Они редко конфликтуют. Обиды носят в себе, не высказывая их.

Выраженность тревожного типа акцентуаций дополняет их характеристику тем, что они тщательно маскируют неуверенность в себе. Подростки с выраженными типами акцентуации характера по тревожному типу могут охотно подчиняться более сильной личности, в лице которой находит защиту и поддержку. Как правило, в конфликт – вступают редко и в основном, играют в нём пассивную роль. Но иногда могут реагировать агрессивно, вплоть до применения физической силы. Такие эксцессы могут происходить в ситуациях, когда возникает потребность преодолеть внутреннюю неуверенность, робость, страх наказания или несправедливые обвинения.

Ряд 1 – учащиеся, имеющие 1 группу здоровья;

Ряд 2 – учащиеся, имеющие 2 группу здоровья.

Рисунок 3. Гистограммы выраженности акцентуаций характера по методике К. Леонгарда

Где: 1 – гипертимный тип; 2 – возбудимый; 3 – эмотивный; 4 – педантичный; 5 – тревожный; 6 – циклотимный тип; 7 – демонстративный тип; 8 – застреваемый; 9 – дистимный; 10 – экзальтированный.

Группу учащихся с первой группой здоровья явно отличает заметная выраженность акцентуации характера по педантичному типу. Таким образом, им в большей степени характерна пунктуальность, тщательность, продуманность поведения. Дети этой группы предпочитают получать корректные и чёткие указания. Они ценят стабильность. Могут быть консервативны, плохо переносят смену обстановки. В нестандартных ситуациях теряются, пасуют перед трудностями. Охотно уступают лидерство другим. Хорошо справляются с монотонной работой, требующей внимания и скрупулёзности. Они добросовестны, аккуратны, надежны, но склонны к формализму, стремятся переложить принятие решений на других. Остро реагируют на любое нарушение порядка. Конфликтность этих подростков средняя. В конфликты вступают редко, чаще выступают в них в пассивной роли.

Рассмотрим среднестатистические личностные профили испытуемых учащихся обеих групп по опроснику Кеттелла (см. рисунок 4).

Ряд 1 – учащиеся, имеющие 2 группу здоровья;

Ряд 2 – учащиеся, имеющие 1 группу здоровья.

Рисунок 4. Среднестатистический личностный профиль учащихся обеих групп по методике Кеттелла.

Где: 1 – шкала достоверности; 2 – «А» – сфера общительности; 3 – «В» – степень интеллектуальности; 4 – «C» – эмоциональная неустойчивость / устойчивость; 5 – «E» – степень доминантности; 6 – «F» – степень озабоченности / беспечности; 7 – «G» – нормативность поведения; 8 – «Н» – робость-смелость; 9 – «I» – жесткость-мягкость (сензитивность); 10 – «L» – внутреннее спокойствие-напряженность /доверчивость-подозрительность/; 11 – «М» – практичность-мечтательность; 12 – «N» – прямолинейность-дипломатичность; 13 – «O» – уверенность в себе-тревожность; 14 – «Q1» – консерватизм – радикализм; 15 – «Q2» – высокая самооценка-низкая самооценка; 16 – «Q3» – низкий самоконтроль «Я» концепции – высокий самоконтроль; 17 – «Q4» – низкое рабочее напряжение – высокое рабочее напряжение.

Так, например, на пике профиля учащихся с 1 группой здоровья находится показатель «L» (внутреннее спокойствие, доверчивость – напряжённость, подозрительность), выраженность которого позволяет отметить нам такие черты, как: подозрительность, подросток, имеющий собственное мнение, не поддающийся обману.

Также на пике находится показатель «O» (уверенность в себе – тревожность), причём в обеих выборках испытуемых. Этот факт дополняет личностный «портрет» учащихся обеих групп тем, что у них отмечается тревожность, иногда депрессивность, обеспокоенность (тенденция к аутопунитивности) и чувству вины.

Также учащиеся обеих групп, можно сказать, убеждены в правильности того, чему их учили, и принимают всё как проверенное, несмотря на противоречия. У них отмечается склонность к осторожности и к компромиссам в отношении новых людей. Они имеют тенденцию препятствовать и противостоять изменениям и откладывать их, придерживаются традиций («Q1» – консерватизм – радикализм).

В выборке учащихся, имеющих первую группу психосоматического здоровья, отмечается небольшое повышение профиля по фактору «E» (степень доминантности), что, в принципе, говорит о самоутверждающейся, независимой (доминантный) личности.

Таким образом, мы представили в целом личностный «портрет» учащихся обеих групп по всем методам, используемым в исследовании.

**3.2 Результаты t – критериального анализа и их обсуждение**

Решить следующую задачу исследования по определению наиболее значимых различий в выраженности показателей исследования в группах учащихся с разным уровнем психосоматического здоровья, нам помог t – критериальный анализ Стьюдента.

Как видно из таблицы 3.1., выраженность показателей школьной тревожности превышает средний уровень в группе учащихся, имеющих вторую группу здоровья. В частности, это: «фрустрация потребности в достижении успеха» – (Хср.=10,0 при р=0,01), «страх не соответствовать ожиданиям окружающих» – (Хср.=5,0 при р=0,03) и «проблемы и страхи в отношениях с учителями» – (Хср.=7,0 при р=0,02).

Таблица 3.1. Т – критериальные различия показателей исследования испытуемых учащихся, отличающихся «группой здоровья»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показателиисследования | Х ср.уч. 1 гр. зд. | Х ср.уч. 2 гр. зд. | t‑критерийСтьюдента | р –вер. ош. |
| Фрустр.потреб. в дост. успеха | 4,5 | 10,0 | -2,71 | 0,01\* |
| Страх не соответ. ожид. окр. | 1,9 | 5,0 | -2,13 | 0,03\* |
| Пробл. и страхи в отн. с учител. | 3,6 | 7,0 | -2,28 | 0,02\* |
| Возбудимый тип акцентуации | 6,0 | 13,6 | 2,05 | 0,04\* |
| «F» – степень озабоч./беспечности | 5,4 | 2,0 | 2,03 | 0,04\* |
| «Q2» – выс. самооц.-низ. самооц. | 10,0 | 5,4 | -2,15 | 0,03\* |

Также подростки, имеющие определённые соматические заболевания, то есть вторую группу здоровья, отличаются от подростков с первой группой здоровья выраженностью акцентуации характера по возбудимому типу – (Хср.=13,6 при р=0,04).

Что касается личностных особенностей, то подростки с определёнными соматическими заболеваниями в большей степени проявляют осторожность (при этом они вполне могут быть серьёзными, молчаливыми, пессимистично настроенными и осмотрительными), а подростки с первой группой здоровья, наоборот, веселы, полны энтузиазма. Они активны, иногда могут быть безалаберными и импульсивно-живыми (фактор «F») – (Хср.=2,0 и Хср.=5,4 при р=0,04).

По фактору «Q2» (высокая самооценка – низкая самооценка) – (Хср.=10,0 и Хср.=5,4 при р=0,03), можно отметить различия в том, что подростки с первой группой здоровья независимы, склонны идти собственной дорогой, принимать собственные решения, действовать самостоятельно. Они могут не считаться с общественным мнением, но не обязательно играют при этом доминирующую роль в отношении других (они просто не нуждаются в их согласии и поддержке). А подростки со второй группой здоровья в большей степени проявляют зависимость от группы, то есть они «присоединяющиеся» и ведомые.

В целом t – критериальный анализ Стьюдента подтвердил гипотезу исследования о том, что существуют различия в выраженности показателей исследования в группах учащихся с разной группой психосоматического здоровья.

Отметим ещё раз выводы по t – критериальному анализу.

Различия заключаются в следующем:

* Подростки, имеющие определённые соматические заболевания, то есть вторую группу здоровья, отличаются выраженностью акцентуации характера по возбудимому типу.
* В группе учащихся, имеющих вторую группу здоровья более выражены: «фрустрация потребности в достижении успеха», «страх не соответствовать ожиданиям окружающих» и «проблемы и страхи в отношениях с учителями».
* Подростки с определёнными соматическими заболеваниями в большей степени проявляют осторожность (при этом они вполне могут быть серьёзными, молчаливыми, пессимистично настроенными и осмотрительными).
* Подростки с первой группой здоровья, наоборот, веселы, полны энтузиазма. Они активны, иногда могут быть безалаберными и импульсивно-живыми.
* Подростки с первой группой здоровья независимы, склонны идти собственной дорогой, принимать собственные решения, действовать самостоятельно. Они могут не считаться с общественным мнением, но не обязательно играют при этом доминирующую роль в отношении других (они просто не нуждаются в их согласии и поддержке).
* Подростки со второй группой здоровья в большей степени проявляют зависимость от группы, то есть они «присоединяющиеся» и ведомые.

**3.3 Личностные особенности учащихся с первой группой психосоматического здоровья**

Задачу исследования по определению личностных особенностей учащихся с первой группой психосоматического здоровья мы решили с помощью корреляционного анализа Пирсона, при котором выявили взаимосвязи между показателями исследования при критическом значении р=0,05. Обратимся к таблице 3.6., которая отражает корреляционные взаимосвязи между показателями акцентуаций характера и школьной тревожности учащихся.

Таблица 3.6. Корреляционные взаимосвязи между показателями акцентуаций характера и школьной тревожности

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показателиисследования | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 | 8 | 10 |
| Гипертимный тип акцентуац | 0,49 |  | -0,34 |  | -0,33 |  |  |
| Возбудимый тип акцентуации |  |  |  | -0,44 |  | -0,34 | -0,42 |
| Педантичный тип акцентуации |  |  |  |  | -0,36 | -0,42 |  |
| Демонстратив. тип акцентуац. | 0,47 |  |  |  |  |  |  |
| Застреваемый тип акцентуац. |  | 0,37 |  |  |  |  |  |

Полученные коэффициенты при критическом значении р< 0,05

Так, можно отметить, что гипертимный тип акцентуации характера обусловлен выраженным нейротизмом – (r=0,49), отсутствием «переживания социального стресса» – (r=-0,34) и «страха в ситуации проверки знаний» – (r = -0,33).

При акцентуации характера по возбудимому типу отмечается отсутствие «фрустрации потребности в достижении успеха» – (r = -0,44), «страха не соответствовать ожиданиям окружающих» – (r = -0,34) и «проблем и страхов в отношениях с учителями» – (r = -0,42). При выраженной акцентуации характера по педантичному типу отсутствуют (или слабо выражены) «страх ситуации проверки знаний» – (r = -0,36) и «страх не соответствовать ожиданиям окружающих» – (r = -0,42).

Демонстративный тип акцентуации характера обусловлен выраженностью нейротизма (неустойчивости, неуравновешенности) – (r=0,47), а застреваемый тип акцентуаций выраженностью общей школьной тревожности, то есть общим эмоциональным состоянием учащихся, связанным с различными формами его включения в жизнь школы – (r=0,37).

Таблица 3.7. отражает корреляционные взаимосвязи между показателями опросников Кеттелла, Айзенка и теста школьной тревожности Филипса.

Таблица 3.7. Корреляционные взаимосвязи между показателями опросников Кеттелла, Айзенка и школьной тревожности Филипса

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показателиисследования | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 | 11 |
| «А» – сфера общительности | 0,41 |  |  |  |  |  |
| «C» – эмоц. неустойч./устойчив. |  | -0,32 |  |  |  |  |
| «G» – нормативность поведения | 0,35 | -0,33 | -0,34 |  |  |  |
| «Н» – робость-смелость | 0,53 |  |  |  |  |  |
| «L» – доверчив.-подозрительн. | -0,35 |  |  |  |  |  |
| «М» – практичн.-мечтательность |  |  | 0,32 |  |  |  |
| «O» – уверен. в себе-тревожность |  |  | 0,35 |  |  |  |
| «Q1» – консерватизм – радикал. |  |  | -0,39 | -0,33 |  | 0,32 |
| «Q3» – низ. – выс. самоконтр. «Я» | 0,35 |  |  |  | -0,33 |  |

Полученные коэффициенты при критическом значении р< 0,05

Где: 2 – показатели нейротизма; 3 **–** общая тревожность; 4 – переживание социального стресса; 5 – фрустрация потребности в достижении успеха; 7 – страх ситуации проверки знаний; 11 – гипертимный тип.

Как видно из таблицы 3.7., наибольшее влияние на проявление характерологических черт оказывает показатель нейротизма: общительность – (r=0,41), нормативность поведения – (r=0,35), смелость – (r=0,53), подозрительность – (r=-0,35) и уровень выраженности самоконтроля – (r=0,35).

Общая школьная тревожность обусловлена эмоциональной неустойчивостью – (r=-0,32) и нормативностью поведения – (r=-0,33).

Переживание социального стресса также обусловлено нормативностью поведения – (r=-0,34), факторами: «М» (практичность / мечтательность) – (r=0,32), «O» (уверенность в себе / тревожность) – (r=0,35) и «Q1» (консерватизм / радикализм) – (r=-0,39).

Таким образом, эмоциональное состояние учащихся, на фоне которого развиваются социальные контракты, обуславливает проявление вышеперечисленных личностных черт.

Так как, в рамках дипломного проекта невозможно описать все полученные коэффициенты корреляции (см. таблицы в приложении 3), то ограничимся общим выводом о том, что акцентуации характера, личностные черты, особенности темперамента и показатели школьной тревожности имеют очень тесную связь между собой.

Для того чтобы выявить самые значимые показатели исследования, имеющие при этом высокие факторные нагрузки, мы провели факторный анализ, из которого видно общие закономерности, полученные на выборке учащихся с первой группой психосоматического здоровья.

Так, например, мы выявили в первом факторе то, что выраженность определённых личностных черт детерминирует школьную тревожность учащихся. К этим личностным характеристикам относятся, прежде всего, факторы: «C» – (-0,548), «G» – (-0,673), «Q2» – (0,504) и «Q3» – (-0,567). Из всех показателей школьной тревожности большие факторные нагрузки принадлежат показателям: «страх ситуации проверки знаний» – (0,660), «переживание социального стресса» – (0,631), «фрустрация потребности в достижении успеха» – (0,535) и общий показатель школьной тревожности – (0,696).

Таким образом, мы назвали первый фактор как: «Симптомокомплекс личностных свойств, обуславливающих школьную тревожность учащихся». В целом, он характеризует 27% учащихся, имеющих первую группу психосоматического здоровья.

Таблица 3.8. Эмпирическая факторная структура показателей исследования учащихся 1‑й гр. здоровья.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показателиисследования | Фактор1 | Фактор2 | Фактор3 |
| Интро-экстраверсия |  | -0,822 |  |
| Общая тревожность | 0,696 |  |  |
| Пережив. социального стресса | 0,631 |  |  |
| Фрустр.потреб. в дост. успеха | 0,535 |  | -0,518 |
| Страх самовыражения |  |  | -0,517 |
| Страх сит. проверки знаний | 0,660 |  |  |
| Страх не соответ. ожид. окр. |  |  | -0,553 |
| Низкая физиол. сопр. стрессу |  |  | -0,556 |
| Возбудимый тип акцентуации |  | -0,601 |  |
| Эмотивный тип акцентуации |  | -0,682 |  |
| Тревожный тип акцентуации |  | -0,619 |  |
| Циклотим. тип акцентуации |  | -0,736 |  |
| Демонстратив. тип акцентуац. |  |  | -0,578 |
| Экзальтирован/ тип акцент. |  | -0,789 |  |
| «А» – сфера общительности |  |  | -0,701 |
| «C» – эмоц. неустойч./устойчив. | -0,548 |  |  |
| «G» – нормативность поведения | -0,673 |  |  |
| «Q2» – выс. самооц.-низ. самооц. | 0,504 |  |  |
| «Q3» – низ. – выс. самоконтр. «Я» | -0,567 |  |  |
| Удельный вес фактора | 6,3 | 5,0 | 4,36 |
| Д О Д | 0,27 | 0,16 | 0,11 |

Второй фактор вобрал в свою структуру только показатели методики Леонгарда и один показатель «экстра-интроверсии» по Айзенку – (-0,822), причём с очень большими факторными нагрузками. Таким образом, можно сказать, что Экстра-интроверсия обуславливает выраженность таких акцентуаций характера учащихся, как: экзальтированность – (-0,789), циклотимность – (-0,736), эмотивность – (0,682), тревожность – (-0,619) и возбудимость – (-0,601).

Второй фактор мы идентифицировали, как: «Фактор акцентуаций характера, обусловленных экстра-интроверсией». Этот фактор характеризует 16% учащихся данной выборки испытуемых подростков.

Третий фактор показался самым облигатным, так как объединил в себе показатели трёх методов исследования: Леонгарда, Филипса и Кеттелла. Так как наибольшую факторную нагрузку показал фактор «А» – общительность – (-0,701), то, мы назвали этот третий фактор как: «Фактор общительности, объясняющей проявления школьной тревожности». В частности таких показателей, как: «низкая физиологическая сопротивляемость стрессу» – (-0,556), «страх не соответствовать ожиданиям окружающих» – (-0,553), «страх самовыражения» – (-0,517) и «фрустрация потребности в достижении успеха» – (-0,518). Этот фактор характеризует 11% учащихся данной выборки.

Таким образом, факторный анализ выявил:

* «Симптомокомплекс личностных свойств, обуславливающих школьную тревожность учащихся».
* «Фактор акцентуаций характера, обусловленных экстра-интроверсией».
* «Фактор сферы общительности, объясняющей проявления школьной тревожности учащихся».

**3.4 Личностные особенности учащихся, имеющих вторую группу психосоматического здоровья**

Задачу исследования по выявлению личностных особенностей учащихся, имеющих вторую группу психосоматического здоровья, мы будем решать по такому же алгоритму, как и в предыдущей выборке подростков.

Рассмотрим коэффициенты корреляции, полученные в этой выборке учащихся (см. таблицу 3.10.).

Таблица 3.10. Корреляционные взаимосвязи между показателями исследования в группе учащихся с второй группой психосоматического здоровья

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показателиисследования | 1 | 2 |
| Пробл. и страхи в отн. с учител. |  | 0,49 |
| Застреваемый тип акцентуац. | 0,43 |  |
| Экзальтирован/ тип акцент. | 0,93 |  |
| «А» – сфера общительности |  | 0,49 |
| «E» – степень доминантности |  | 0,51 |
| «Н» – робость-смелость |  | 0,46 |
| «O» – уверен. в себе-тревожность | 0,45 |  |
| «Q4» – низ. – выс. рабоч. напряж. | 0,54 |  |

Полученные коэффициенты при критическом значении р< 0,05

Где: 1 – показатели интро-экстраверсии; 2 – показатели нейротизма.

Из данной таблицы видно, что выраженность «экстра – интроверсии» (по Айзенку) обуславливает застреваемый и экзальтированный тип акцентуаций характера – (r=0,43 и r=0,93) и такие личностные черты, как: уверенность в себе (или тревожность) – фактор «О» – (r=0,45) и низкое или высокое рабочее напряжение (фактор «Q4») – (r=0,54).

Выраженность показателя нейротизма (по Айзенку) объясняет выраженность показателя «проблемы и страхи в отношении с учителями» – (r=0,49), сферу общительности подростков (фактор «А») – (r=0,49), степень доминантности (фактор «Е») – (r=0,51) и фактор «Н» (робость / смелость) – (r=0,49) подростков.

Таблица 3.11. представляет корреляционные взаимосвязи между показателями акцентуаций характера, личностных характеристик и школьной тревожности подростков этой группы, где степень выраженности доминантности объясняет «фрустрацию потребности в достижении успеха» – (r=0,41), «низкую физиологическую сопротивляемость к стрессу» – (r=0,42) и акцентуацию характера по возбудимому типу – (r=0,42).

Таблица 3.11. Корреляционные взаимосвязи между показателями акцентуаций характера, личностных характеристик и школьной тревожности

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показателиисследования | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 11 | 12 |
| Циклотимный тип акцентуации |  | 0,55 |  | -0,45 |  |  |  |  |  |
| Застреваемый тип акцентуации |  | 0,45 |  |  |  |  |  |  |  |
| Дистимный тип акцентуации |  |  | -0,52 |  |  |  |  |  |  |
| «В» – степень интеллектуальн. |  | -0,43 |  | 0,45 |  |  |  |  |  |
| «E» – степень доминантности |  |  | 0,41 |  |  |  | 0,42 | 0,50 |  |
| «G» – нормативность поведения |  |  |  |  |  | -0,46 |  | 0,42 | 0,42 |
| «Н» – робость-смелость |  |  |  |  |  |  |  | 0,42 |  |
| «N» – прямолинейн.-дипломатич. | 0,48 |  |  |  | 0,46 |  |  |  |  |
| «Q1» – консерватизм – радикал. |  | -0,47 |  | 0,47 |  |  |  |  |  |
| «Q2» – выс. самооц.-низ. самооц. |  |  |  |  |  |  |  |  | -0,55 |
| «Q3» – низ. – выс. самоконтр. «Я» |  |  |  |  |  |  | -0,46 |  |  |

Полученные коэффициенты при критическом значении р< 0,05

Где: 3 **–** общая тревожность; 4 – переживание социального стресса; 5 – фрустрация потребности в достижении успеха; 6 – страх самовыражения; 7 – страх ситуации проверки знаний; 8 – страх не соответствовать ожиданиям окружающих; 9 – низкая физиологическая сопротивляемость стрессу; 11 – гипертимный тип; 12 – возбудимый.

Общая «школьная тревожность» ребят этой группы обусловлена выраженностью прямолинейности, а её отсутствие дипломатичностью подростков (фактор N) – (r=0,48).

«Переживание социального стресса» лицеистов связано с факторами «В» (степень интеллектуальности)и «Q1» – (консерватизм – радикализм) – (r=-0,43 и r=-0,47), а также «циклотимным» и «застреваемым» типами акцентуаций характера – (r=0,55 и r=0,45).

«Фрустрация потребности в достижении успеха» обусловлена дистимным типом акцентуации характера – (r=-0,52) и степенью доминантности (фактор «Е») – (r=0,41). Видимо, подростки, имеющие вторую группу психосоматического здоровья, отличающиеся серьёзностью, подавленностью настроения, медлительностью, слабостью волевых усилий, сниженной самооценкой, добросовестностью и справедливостью, не позволяют себе проявлять самоуверенность и независимость, при этом отмечается неблагоприятный психический фон, не позволяющий подросткам развивать свои потребности в успехе, достижении высокого результата и, как следствие, фрустрация потребности в достижении успеха.

Страх самовыражения также обусловлен степенью интеллектуальности – (r=0,45) и некоторым консерватизмом подростков – (r=0,47), то есть убежденностью в правильности того, чему их учили, принимая всё как проверенное, несмотря на противоречия, а также склонности к осторожности в отношении новых людей.

«Страх ситуации проверки знаний» обусловлен у подростков с второй группой психосоматического здоровья, дипломатичностью (фактор «N») – (r=0,46), а «страх не соответствовать ожиданиям окружающих», нормативностью поведения (фактор «G») – (r=-0,46), то есть излишней требовательностью к себе, когда подросток руководствуется чувством долга, берёт на себя ответственность, добросовестен, склонен к морализированию.

Таблица 3.12. Корреляционные взаимосвязи между показателями акцентуаций характера и личностных характеристик подростков

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показателиисследования | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 19 | 20 |
| «E» – степень доминантности |  |  |  |  |  | -0,43 |  |
| «G» – нормативность поведения |  |  |  |  | 0,51 |  |  |
| «I» – жесткость-мягкость |  | 0,47 |  |  | 0,56 |  |  |
| «L» – доверчив.-подозрительн. |  |  | -0,51 |  |  |  |  |
| «Q1» – консерватизм – радикал. |  |  |  | -0,45 |  |  |  |
| «Q2» – выс. самооц.-низ. самооц. | -0,67 | -0,51 |  |  | -0,46 |  |  |
| «Q4» – низ. – выс. рабоч. напряж. |  |  |  |  |  |  | 0,59 |
| Пол | -0,72 | -0,49 |  |  | -0,44 |  |  |

Полученные коэффициенты при критическом значении р< 0,05

Где: 13 – эмотивный; 14 – педантичный; 15 – тревожный; 16 – циклотимный тип; 17 – демонстративный тип; 19 – дистимный; 20 – экзальтированный тип акцентуаций характера.

В таблице 3.12. представлено большое количество коэффициентов корреляции между показателями акцентуаций характера и личностных характеристик подростков этой группы.

В частности тревожный тип акцентуаций подростков этой группы обусловлен подозрительностью (фактор «L») – (r=-0,51), а дистимный тип акцентуации характера – низкой степенью доминантности (фактор «Е») – (r=-0,43).

Демонстративный тип акцентуации характера подростков этой группы объясняется нормативностью поведения (фактор «G») – (r=0,51), жёсткостью – мягкостью (фактор «L») – (r=0,56) и выраженностью самооценки (фактор «Q2») – (r=-0,46).

Циклотимный тип акцентуации характера объясняет проявление консерватизма (или радикализма) – (фактор «Q1») – (r = -0,45).

Рассмотрим факторную структуру, выявленную в группе учащихся лицея (см. таблицу 3.13).

Так в структуру первого фактора вошли с большими факторными нагрузками показатели опросника Леонгарда, Айзенка и Кеттелла. Наибольшей факторной нагрузкой обладает показатель самооценки (фактор «Q2») – (0,704). Поэтому мы идентифицировали первый фактор как: «Фактор самооценки, обуславливающей акцентуации характера и общительность лицеистов». Он характеризует 26% подростков этой группы.

Второй фактор мы назвали как: «Фактор школьной тревожности, обусловленной состоянием здоровья подростков». Он характеризует 13% учащихся, имеющих вторую группу психосоматического здоровья.

Третий фактор мы назвали как: «Фактор фрустрации потребности в достижении успеха, обусловленной возбудимым и застреваемым типами акцентуаций характера». Этот фактор характеризует 11% подростков этой группы.

Таблица 3.13. Эмпирическая факторная структура показателей исследования в группе учащихся, имеющий вторую группу психосоматического здоровья

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показателиисследования | Фактор1 | Фактор2 | Фактор3 |
| Интро-экстраверсия | -0,635 |  |  |
| Нейротизм |  | -0,589 |  |
| Общая тревожность |  | 0,532 |  |
| Пережив. соц. стресса |  | 0,537 |  |
| Фрустр. потреб. в достиж. успеха |  |  | 0,791 |
| Страх сит. проверки знаний |  | 0,587 |  |
| Страх не соответ. ожид. окружающ. |  |  | 0,622 |
| Пробл. и страхи в отн. с учител. |  |  | 0,679 |
| Гипертимный тип акцентуац/ | -0,604 |  |  |
| Возбудимый тип акцентуации | -0,510 |  | -0,592 |
| Эмотивный тип акцентуации | -0,648 |  |  |
| Педантичный тип акцентуации | -0,506 |  |  |
| Циклотим. тип акцентуации |  | 0,610 |  |
| Демонстратив. тип акцентуац. | -0,654 |  |  |
| Застреваемый тип акцентуац. |  |  | -0,529 |
| Экзальтирован/ тип акцент. | -0,597 |  |  |
| «I» – жесткость-мягкость | -0,616 |  |  |
| «Q2» – выс. самооц.-низ. самооц. | 0,704 |  |  |
| «Q4» – низ. – выс. рабоч. напряж. | -0,556 |  |  |
| Группа здоровья |  | -0,578 |  |
| Удельный вес фактора | 6,4 | 5,0 | 4,6 |
| Д О Д | 0,26 | 0,13 | 0,11 |

Итак, в группе учащихся, имеющих вторую группу психосоматического здоровья, факторный анализ выявил:

* «Фактор самооценки, обуславливающей акцентуации характера и общительность подростков».
* «Фактор школьной тревожности, обусловленной **состоянием здоровья** подростков».
* «Фактор фрустрации потребности в достижении успеха, обусловленной возбудимым и застреваемым типами акцентуаций характера».

**3.5 Сравнительный анализ факторных структур, полученных в выборках учащихся с разным уровнем психосоматического здоровья**

Задачу исследования по сравнению факторных структур, полученных в выборках учащихся с разным уровнем психосоматического здоровья, мы решили с помощью сравнительного анализа факторных структур (см. таблицу 3.15).

Таблица 3.15. Сравнительная таблица факторных структур показателей исследования в группах учащихся с разным уровнем психосоматического здоровья

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показателиисследования | Фактор11 гр. зд. | Фактор21 гр. зд. | Фактор31 гр. зд. | Фактор12 гр. зд. | Фактор22 гр. зд. | Фактор32 гр. зд. |
| Интро-экстраверсия |  | -0,822 |  | -0,635 |  |  |
| Нейротизм |  |  |  |  | -0,589 |  |
| Общая тревожность | 0,696 |  |  |  | 0,532 |  |
| Пережив. соц. стресса | 0,631 |  |  |  | 0,537 |  |
| Фрустр.потреб. в дост. успеха | 0,535 |  | -0,518 |  |  | 0,791 |
| Страх сит. проверки знаний | 0,660 |  |  |  | 0,587 |  |
| Страх самовыражения |  |  | -0,517 |  |  |  |
| Страх не соответ. ожид. окр. |  |  |  |  |  | 0,622 |
| Низкая физиол. сопр. стрессу |  |  | -0,556 |  |  |  |
| Пробл. и страхи в отн. с уч. |  |  | -0,556 |  |  | 0,679 |
| Гипертимный тип акцентуац/ |  |  |  | -0,604 |  |  |
| Возбудимый тип акцентуации |  | -0,601 |  | -0,510 |  | -0,592 |
| Эмотивный тип акцентуации |  | -0,682 |  | -0,648 |  |  |
| Тревожный тип акцентуации |  | -0,619 |  |  |  |  |
| Педантичный тип акцентуации |  |  |  | -0,506 |  |  |
| Циклотим. тип акцентуации |  | -0,736 |  |  | 0,610 |  |
| Экзальтирован/ тип акцент. |  | -0,789 |  | -0,597 |  |  |
| «А» – сфера общительности |  |  | -0,701 |  |  |  |
| «C» – эмоц. неустойч./устойчив. | -0,548 |  |  |  |  |  |
| «G» – нормативность поведения | -0,673 |  |  |  |  |  |
| «I» – жесткость-мягкость |  |  |  | -0,616 |  |  |
| «O» – уверен. в себе-тревожность |  | -0,517 |  |  | 0,406 |  |
| «Q2» – выс. самооц.-низ. самооц. | 0,504 |  |  | 0,704 |  |  |
| «Q3» – низ. – выс. самоконтр. «Я» | -0,567 |  |  |  |  |  |
| «Q4» – низ. – выс. рабоч. напряж. |  |  |  | -0,556 |  |  |
| Группа |  |  |  |  | -0,578 |  |
| Удельный вес фактора | 6,3 | 5,0 | 4,36 | 6,4 | 5,0 | 4,6 |
| Д О Д | 0,27 | 0,16 | 0,11 | 0,26 | 0,13 | 0,11 |

Рассматривая факторные структуры, полученные в исследуемых группах учащихся, мы уже заметили различия, как впрочем, и сходства по некоторым взаимосвязям.

Рассмотрим структуры факторов в общей таблице 3.15. Так, если у учащихся, имеющих первую группу психосоматического здоровья, мы определили такие факторы как:

* «Симптомокомплекс личностных свойств, обуславливающих школьную тревожность учащихся».
* «Фактор акцентуаций характера, обусловленных экстра-интроверсией».
* «Фактор сферы общительности, объясняющей проявления школьной тревожности учащихся».

В группе учащихся, имеющих вторую группу психосоматического здоровья, факторный анализ показал другие структуры:

* «Фактор самооценки, обуславливающей акцентуации характера и общительность подростков».
* «Фактор школьной тревожности, обусловленной состоянием здоровья подростков».
* «Фактор фрустрации потребности в достижении успеха, обусловленной возбудимым и застреваемым типами акцентуаций характера».

**Выводы по практической части исследования**

Сравнительная описательная характеристика выборки испытуемых учащихся с разным уровнем психосоматического здоровья, а также t – критериальный анализ Стьюдента определили:

* Учащихся, имеющих первую группу психосоматического здоровья, в большей степени характеризует переживание социального стресса.
* Они в большей степени проявляется фрустрация потребности в достижении успеха, которая не позволяет им развивать свои потребности в успехе, достижении высокого результата.
* Учащихся, имеющих первую группу психосоматического здоровья, в большей степени характеризует ориентация на значимость других в оценке своих результатов, поступков.
* Они тревожатся по поводу оценок.
* Учащимся с первой группой психосоматического здоровья в большей степени присущи подозрительность и наличие собственного мнения.
* Подростки, имеющие определённые соматические заболевания, то есть вторую группу здоровья, отличаются выраженностью акцентуации характера по возбудимому типу.
* В группе учащихся, имеющих вторую группу здоровья более выражены: «фрустрация потребности в достижении успеха», «страх не соответствовать ожиданиям окружающих» и «проблемы и страхи в отношениях с учителями».
* Подростки с определёнными соматическими заболеваниями в большей степени проявляют осторожность (при этом они вполне могут быть серьёзными, молчаливыми, пессимистично настроенными и осмотрительными).
* Подростки с первой группой здоровья, наоборот, веселы, полны энтузиазма. Они активны, иногда могут быть безалаберными и импульсивно-живыми.
* Подростки с первой группой психосоматического здоровья независимы, склонны идти собственной дорогой, принимать собственные решения, действовать самостоятельно. Они могут не считаться с общественным мнением, но не обязательно играют при этом доминирующую роль в отношении других (они просто не нуждаются в их согласии и поддержке).
* Подростки со второй группой психосоматического здоровья в большей степени проявляют зависимость от группы, то есть они «присоединяющиеся» и ведомые.

Таким образом, t – критериальный анализ Стьюдента подтвердил гипотезу исследования о том, что существуют различия в выраженности показателей исследования в группах учащихся с разным уровнем психосоматического здоровья.

Корреляционный анализ Пирсона и факторный анализ, проведённые в обеих выборках учащихся, подтвердили гипотезу исследования о том, что уровень психосоматического здоровья оказывает влияние на выраженность личностных свойств (в частности, тревожность) учащихся.

**Заключение**

1. Причинами возникновения психосоматических болезней, связанных с психосоматикой могут послужить: сильные переживания, стрессы, длительное нахождение человека в отрицательной психологической обстановке и т.п.
2. Существуют взаимосвязи между душевными переживаниями и реакциями организма (в рамках этого подхода рассматриваются многочисленные соматические заболевания и функциональные расстройства организма, возникновение и течение которых зависит преимущественно от психосоциальных обстоятельств).
3. Заболевания часто являются реакцией организма на конфликтные переживания, проявляющиеся как нервным перенапряжением, так и патологией со стороны того или иного органа.
4. Современная психосоматика основывается на экспериментально доказанном и подтвержденном факте, согласно которому эмоции могут решающим образом влиять на соматическое состояние человека.
5. При длительном существовании неудовлётворенности жизненной ситуацией может развиваться то или иное хроническое соматическое заболевание. Ведь именно неудовлетворенные потребности создают скрытые мотивы (в том числе неосознаваемые самим человеком), часто проявляющиеся в форме физического недомогания.
6. Стресс влияет на усиление восприимчивости организма к заболеваниям. Хронический стресс приводит к гормональным нарушениям и к подавлению иммунной системы организма.
7. Уровень эмоционального стресса, вызванного внешними событиями, зависит от того, как этот конкретный человек эти события интерпретирует и переживает.
8. Возникновение психосоматических расстройств напрямую связано с подавлением своих эмоций и желаний (то есть их нужно выражать).
9. Линия психосоматического заболевания может развиваться так: потеря, которая воспринимается, как нарциссическая травма и чувство потери воспринимается непреодолимым – депрессия с чувством беспомощности и безнадёжности – телесные нарушения.
10. В объяснении психосоматических заболеваний признаётся многофакторность – совокупность причин, которые взаимодействуют между собой. Среди них: личностные особенности – такие как – инфантилизм, алекситимия (неспособность воспринимать и обозначать словом чувства), недоразвитость межличностных отношений, черты темперамента, к примеру, низкий порог чувствительности к раздражителям, трудности адаптации, высокий уровень тревожности, замкнутость, сдержанность, недоверчивость, неспособность контролировать эмоции и прочие.

**Монографии и учебная литература**

1. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Издательский центр Академия, 2001. – 352 с.
2. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. Ростов-на-Дону, Феникс, 2006, стр. 315.
3. Дубровина И.В. «Об индивидуальных особенностях школьников». М. 1975.
4. Зубарев В.М., Иванов Н.М., Кремлева О.В., Южаков В.Н. Особенности психических расстройств у больных с различными соматическими заболеваниями. /Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Сборник научных трудов, Ленинград, 1990, стр. 128–129.
5. Ильин Е.П. «Дифференциальная психофизиология». М. 1999.
6. Квасенко А.В. «Психология больного». Ленинград, 1980.
7. Колесников В.Н. «Лекции по психологии индивидуальности» М.
8. Конечный А.В., Боухал М. «Психология в медицине». М. 1984, стр. 123.
9. Крайг Г. Психология развития. – СПб.: Питер, 2000. – 992 с. – (Серия «Мастера психологии»)
10. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. /Москва: ООО «Издательство Уникум – Пресс», ООО «Издательский дом Инфра», 2000, стр. 269, 173.
11. Васютин А.М. Здоровье не купишь…/М: издательство ЭКСМО, 2004, стр. 448.
12. Николаева В.В. «Влияние хронической болезни на психику». М. 1987. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. Ростов-на-Дону, Феникс, 2006.-315 с.
13. Петров В.И. Качество жизни и здоровье / В.И. Петров, Н.Н. Седова. Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. М.: Институт человека, 2003 – С. 54, 71–77.
14. «Психология современного подростка» под ред. Фельдштейна Д.И.М. 1987.
15. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоровья. /Хрестоматия. Сост. К.В. Сельченок – Мн.: Харвест. 2003. стр. 640.
16. Психотерапевтическая энциклопедия. /Под редакцией Б.Д. Карвасарского – СПб. «Питер», 2002, стр. 1024.
17. Резникова Т.Н., Смирнов В.М. О моделировании внутренней картины болезни. /Проблемы медицинской психологии, Ленинград «Медицина», Ленинградское отделение, 1976.
18. Выготский Л.С. Собр. Соч. М.: Педагогика, 1983 – Т.5. – стр. 157.
19. Секач М.Ф. Психология здоровья: Учебное пособие для высшей школы. /М: Академический проект, 2003, стр. 192.
20. Середина Н.В., Шкуренко Д.А. Основы медицинской психологии: общее, клиническое, патопсихология. /Ростов-на-Дону: «Феникс», 2003, стр. 512.
21. Ташлыков В.А. Стили невротического поведения (на основе типологии внутренней картины болезни). /Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Сборник научных трудов, Ленинград, 1990, стр. 44–49.
22. Ташлыков В.А. «Психология лечебного процесса». Л.1984.
23. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни. /Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Сборник научных трудов, Ленинград, 1990, стр. 32–38.
24. Хрестоматия по возрастной психологии. М. 1994.

**Журнальная статья**

1. Журавлев А.Л. Психологические факторы физического и психического здоровья человека (по материалам исследований ИП РАН) // Психологический журнал, том 25, номер 3, май – июнь 2004, с. 107 – 117.

Сайты:

1. http://www.psychoanalyse.ru/practice/classic.html Классические случаи психоанализа З. Фрейда и Д. Брейера.
2. http://www.medline.ru/public/pdf/6\_180.pd Статья по психологии здоровья Л.И. Божович.
3. http://www.big-library.info/? act=read&book=11430&page=9 Б.В. Зейгарник «Теория личности Курта Левина».
4. http://www.psychology.ru/library/Alexander\_Luria/Lectures А.Р. Лурия «Лекции по общей психологии»
5. http://www.pedlib.ru/Books/1/0189/1\_0189–5.shtml Р. Конечный, М. Боухал «Патопсихология».