ФИЛИАЛ РОССИЙСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО СОЦИАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА В Г. МИНСКЕ

Специальность "Психология"

Заочное отделение

**Курсовая работа**

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНОСТИ И ТАБАЧНОЙ АДДИКЦИИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ ПОЗДНЕЙ ЗРЕЛОСТИ**

**Локтева О.В.**

Научный руководитель:

Доцент Курилович М.А.

Минск 2009

Оглавление

Введение

1. Теоретический анализ проблемы тревожности и аддиктивного поведения в возрасте поздней зрелости

1.1 Аддиктивное поведение как специфический тип девиантного поведения

Классификация отклоняющегося поведения

1.2 Курение: хитрости и тонкости

Что такое курение?

Курение и психика

Что такое болезнь отмены?

2. О пользе курения

2.1 Центральная нервная система

2.2 Поздний период в жизни человека

2.3 Тревожность: анализ и состояние проблемы

Выводы

Список использованных источников

## Введение

Каждый третий взрослый житель Земли - курильщик. Во многих странах их численность достигает 35-39% от численности взрослого населения. Какой-либо тенденции к снижению этих показателей не просматривается. И ничто не может уменьшить число курильщиков - ни рассказы о вреде табакокурения, ни высокий риск "приобрести" какое-либо хроническое заболевание, ни запрет курения в общественных местах. И самое страшное, что только у 3% курильщиков дело ограничивается привычкой. У всех остальных систематическое курение, в конце концов, заканчивается формированием зависимости.

Как выяснилось в последние годы, никотин, как и утверждали курильщики, действительно помогает сконцентрироваться, облегчает запоминание и ослабляет реакцию на стресс. Но только в малых дозах. Вообще-то никотин - вещество поистине уникальное: он сочетает в себе свойства стимулятора и депрессанта центральной нервной системы. Как стимулятор он действует в малых дозах, а в больших - быстро приобретает седативные свойства.

Для лечения табакокурения используются и медикаментозные, и психотерапевтические методы. Эффективность того или иного метода лечения во многом определяется формой табачной зависимости.

По данным клинико-психологического и катамнестического исследования пациенты с психосоматической формой табачной зависимости практически не поддаются психотерапевтическому лечению из-за отсутствия необходимой мотивации: на их взгляд ухудшение здоровья ни в коей мере не связано с курением. Совершенно иное дело - использование психотерапии, в частности методики эмоционально-стрессовой терапии. Может быть, перейдя через столько ощущений, душа не насыщается ощущениями, а только раздражается ими и требует еще, и все сильней и сильней, до окончательного утомления.

**ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

**Актуальность темы исследования.** Алкоголизм, наркомания, токсикомания, и особенно табакокурение формируется преимущественно в процессе социализации, но в возрасте поздней зрелости не очень благоприятен для профилактики и коррекции. Этим и объясняется актуальность темы аддиктивного поведения людей поздней зрелости.

Информированность большинства курильщиков о последствиях табакокурения ограничена известной надписью на пачках сигарет: "Минздрав предупреждает: курение опасно для вашего здоровья". Почему опасно, в какой степени, чем оно грозит каждому из них - курильщики, как правило, не знают. В то же время есть убедительные статистические данные, показывающие, что курение является одним из главных убийц человека:

треть всех случаев смерти от раковых заболеваний связана с табакокурением;

табак - главная причина смерти в связи с болезнями сердца, инсультом и хроническими заболеваниями легких;

в настоящее время в России 42% случаев преждевременной смерти мужчин в возрасте 35-69 лет связаны с табакокурением;

у некурящих, работающих или живущих в одном помещении с курильщиками, риск заболевания раком легкого повышается на 34 процента, сердечно-сосудистыми заболеваниями - на 50 процентов.

К сожалению, в этих цифрах нет преувеличения. Но и эти данные для многих курильщиков могут показаться неубедительными, поскольку они долгое время "не чувствуют" вреда.

**Целью** **исследования** является выявление связи тревожности и табачной аддикции у мужчин и женщин в возрасте поздней зрелости.

**Задачи исследования**:

провести анализ теоретической литературы по проблеме аддиктивного поведения;

изучить психологические особенности поздней зрелости;

исследовать особенности табачной аддикции у мужчин и женщин поздней зрелости;

определить взаимосвязь тревожности и табачной аддикции у мужчин и женщин в возрасте поздней зрелости;

сделать выводы;

**Объектом исследования** мужчины и женщины в возрасте поздней зрелости.

**Предметом исследования** табачная аддикция у мужчин и женщин в возрасте поздней зрелости.

**Гипотеза исследования**: табачная аддикция у мужчин и женщин в возрасте поздней зрелости способствует высокому уровню тревожности.

**Методологическая основа исследования:**

Дифференцированный подход к отклоняющемуся поведению предполагает его разноплановую оценку и основан на многоосевом клинико-диагностическом принципе, включающем оценку не только типа отклоняющегося поведения, но и выраженность дисфункции (нарушения развития) личности, тип акцентуации характера, а также степень социальной адаптации (Ю.В. Попов).

**Методы исследования**: на теоретическом уровне - анализ психологической, социологической, методической литературы, обобщение, сравнение; на эмпирическом - Шкала проявления тревожности. Обработка данных производилась с использованием компьютерной статистической программы "Статистика 6.0".

**Научная новизна работы** заключается в обобщении имеющегося наработанного материала, а также в предложении новых подходов к проблеме аддиктивного поведения.

**Практическая значимость** исследования состоитв том, что результаты теоретического исследования могут быть использованы при профилактике проявлений последствий аддиктивного поведения.

**Экспериментальная база исследования:** в исследовании принимали участие мужчины и женщины поздней зрелости г. Минска.

**Структура и объем курсовой работы.** Курсовая работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы, приложения. Курсовая работа выполнена в объёме 71 страниц из них 5 страниц (66-71) занимают Приложения. При написании курсовой работы было использовано 35 основных источников, преимущественно научного, научно-методического, периодического характера.

## 1. Теоретический анализ проблемы тревожности и аддиктивного поведения в возрасте поздней зрелости

## 1.1 Аддиктивное поведение как специфический тип девиантного поведения

Девиантным называют поведение, отклоняющееся от действующих социальных норм. Социальные нормы - ожидания группы по отношению к поведению индивида в определенных социальных ситуациях и позициях.

Девиантное поведение человека определяют как систему поступков или как отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе нормам и появляющиеся в виде несбалансированности психических процессов, нарушения процесса самоактуализации или в виде отклонения от нравственного и эстетического контроля над собственным поведением [Кулаков С.А., 2001].

Злоупотребление веществами, вызывающими состояния изменения психической деятельности (алкоголизация, наркотизация, табакокурение и др.) является формой девиантного поведения (МКБ - 10). Вещество, которое при потреблении воздействует на психические процессы, например на когнитивную или аффективную сферу, называется психоактивным. [Словарь терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам. 1996. с.57].

Аддиктивное поведение чаще связывают только со злоупотреблением психоактивными веществами. Аддиктивное поведение (англ. addiction - склонность, пагубная привычка) - злоупотребление одним или несколькими химическими веществами, протекающее на фоне измененного состояния сознания [Ильин Е.П., 2000].

В русском языке сильная наклонность, привязанность, слепое безотчетное предпочтение чего-либо, страсть к чему-либо обозначается словом пристрастие [В.И. Даль, Толковый словарь русского языка, 2002, с.532.]. Это слово и рассматривается чаще всего как синоним иностранного слова аддикция.

В отличие от зарубежных исследователей, в большинстве считающих аддикцию синонимом зависимости, а аддиктивное поведение синонимом зависимого поведения, в отечественной литературе аддиктивное поведение чаще означает, что болезнь как таковая, еще не сформировалась, а имеет место нарушение поведения, в отсутствии физической и индивидуальной психологической зависимости [С.А. Кулаков, 1998].

Существует и другой подход - рассмотрение аддиктивного поведение в более широком смысле. Аддиктивное поведение - один из типов девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций [Ц.П. Короленко, Т.А. Донских, 1990].

Основой оценки девиантного поведения является анализ его взаимодействия с реальностью, поскольку главенствующим принципом нормы является адаптивность - приспособление по отношению к реальному окружению индивида. Способ взаимодействия с действительностью в виде ухода от реальности осознанно (или неосознанно) выбирают те, кто относится к реальности негативно и оппозиционно, считая себя неспособными адаптироваться к ней. При этом может присутствовать нежелание приспосабливаться к действительности по причине ее несовершенства, консервативности, единообразия, подавления экзистенциальных ценностей или откровенно антигуманной деятельности. [Менделевич В.Д., 2001, с.76].

Уход от реальности путем изменения психического состояния может осуществляться разными способами. В жизни каждого человека могут быть моменты, связанные с желанием изменить свое психическое состояние: избавиться от угнетения, “сбросить" усталость, отвлечься от неприятных размышлений и т.п. Для реализации этой цели человек “вырабатывает" индивидуальные подходы, становящиеся привычками, стереотипами. Элементы аддиктивного поведения свойственны любому человеку, уходящему от реальности путем изменения своего состояния. Проблема аддикции начинается тогда, когда стремление ухода от реальности, связанное с изменением сознания, начинает доминировать в сознании, становится центральной идеей [Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000, с.291 - 292].

Как отмечает И.С. Кон, несмотря на то, что девиантное поведение проявляется в разных формах, все они взаимосвязаны. Пьянство, употребление наркотиков, агрессивное поведение, противоправное поведение образуют единый блок. Приобщение подростка к одному виду девиантного поведения повышает вероятность его вовлеченности и в другие. [Кон И.С., 1989].

## Классификация отклоняющегося поведения

Дифференцированный подход к отклоняющемуся поведению предполагает его разноплановую оценку и основан на многоосевом клинико-диагностическом принципе, включающем оценку не только типа отклоняющегося поведения, но и выраженность дисфункции (нарушения развития) личности, тип акцентуации характера, а также степень социальной адаптации. С учетом данного обстоятельства **многоосевую классификацию саморазрушающего (отклоняющегося) поведения (**по Ю.В. Попову, 1994) можно представить следующим образом:

Тип отклоняющегося поведения (угроза жизни; ущерб для физического здоровья; ущерб для духовного и нравственного развития; ущерб для будущего социального статуса).

Уровень дисфункции личности (акцентуация характера; непсихотические расстройства личности; психотические расстройства личности).

Типы акцентуации характера (гипертимный; циклоидный; эмоционально-лабильный; сенситивный; психастенический; шизоидный; эпилептоидный; истероидный; неустойчивый; конформный).

Степень социальной адаптации (устойчивая адаптация; парциальная адаптация; неустойчивая адаптация; дезадаптация) [**Психология** и педагогика. Военная психология / Под ред. А.Г. Маклакова. - СПб.: Питер, 2004. - 464 с., с.168].

## 1.2 Курение: хитрости и тонкости

## Что такое курение?

Многие считают курение привычкой, полагая, что бросить курить очень легко, что это только вопрос волевого усилия. Это неверно по двум причинам. Во-первых, привычке иногда очень трудно изменить. Во-вторых, курение - это не просто привычка, а также определенная форма наркотической зависимости. Также бытует мнение, что курение табака - это приобретенный рефлекс.

Курение - это привычка. Курение - это очень сильная привычка. Ничто не мешает человеку закурить очередную сигарету, и это все еще остается социально приемлемым во многих местах.

Очень скоро курение становится заядлой привычкой. Средний курильщик делает около 200 затяжек в день. Это составляет примерно 6 000 в месяц, 72 000 в год и свыше 2 000 000 затяжек у 45-летнего курильщика, который начал курить в возрасте 15 лет.

Для многих курильщиков курение становится частью своего Я, а такое внутреннее восприятие самого себя иногда очень трудно изменить.

Вместе с тем, курение - это более чем привычка. Табак содержит никотин, один из сильнейших известных ядов, который в хозяйстве используется как инсектицид. Все те формы потребления табака, которые стали популярными среди населения, способствуют попаданию никотина в кровь [Курение, с.3].

После проникновения сигаретного дыма в легкие никотин попадает в мозг уже через семь секунд. Никотин обладает очень широким спектром действия. Он повышает частоту пульса, кровоток, концентрацию сахара в крови, способствует более легкой возбудимости коры головного и среднего мозга, а также может оказать расслабляющее воздействие на периферические мышцы и снизить периферический кровоток. Важность никотина можно продемонстрировать с помощью следующих наблюдений: у недавно закуривших людей быстро устанавливаются свойственные им глубина затяжки табачного дыма, а также активный уровень никотина в крови; у заядлых курильщиков включается механизм регулирования уровня никотина в крови; курильщикам больше всего хочется курить, когда в крови снижается концентрация никотина; заместительная терапия, связанная с приемом никотина, частично снижает выраженность симптомов, обусловленных отказом от курения.

Предпочтительнее избегать слова "наркомания". При использовании этого термина у людей может сложиться впечатление, что от курения отказаться вообще невозможно. Это не так. Такая возможность есть. Здесь важно найти такие формулировки, в которых, с одной стороны, признаются потенциальные трудности, связанные с отказом от курения, а с другой - подчеркивается возможность сделать это.

Несмотря на то, что курение табака является сильной привычкой, а также формой наркотической зависимости, миллионам людей удалось бросить курить. В Великобритании число курящих за последние 10-15 лет сократилось примерно на 10 млн. человек. А это означает, что каждый день курить бросает почти 2000 человек! [Курение, c.4].

Трудно даже перечислить вредные вещества, содержащиеся в табаке, их ведь насчитали почти 1200 [Курение, c. 19].

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заболевания  | Курящие  | Некурящие  |
| 1. нервные  | 14 | 1 |
| 2. понижение слуха | 13 | 1 |
| 3. плохая память | 12 | 1 |
| 4. плохое физическое состояние | 12 | 2 |
| 5. плохое умственное состояние | 18 | 1 |
| 6. нечистоплотны  | 12 | 1 |
| 7. медленно соображают | 19 | 3 |

## Курение и психика

Исследование, недавно проведенное в Соединенных Штатах, показало, что люди, страдающие психическими расстройствами, вдвое больше склонны к курению, чем сограждане, не имеющие психических отклонений.

Исследование проводилось на медицинском факультете Гарвардского института. Был проведен анализ данных 4 411 человек в возрасте от 15 до 54 лет. Термин "психическое расстройство" был использован в широком смысле и включал любые расстройства - от бреда и шизофрении до алкоголизма и наркотической зависимости.

Доктор Уэсли Бойд, один из авторов исследования, допускает, что количество сигарет, выкуриваемых психически нездоровыми людьми, было бы меньше, если бы в список психических расстройств не был включен алкоголизм.

В ходе исследования, которое получило название "Курение и психические расстройства", выяснилось, что 41% людей, у которых в течение месяца, предшествовавшего исследованию, наблюдались признаки психического расстройства, были курильщиками. Среди людей, у которых таких признаков не наблюдалось, курили лишь 22,5%. Выяснилось также, что люди с психическими расстройствами выкуривают 44% сигарет от общего объема потребления табачной продукции в Соединенных Штатах.

Доктор Бойд уверен, что два эти фактора - курение и психические расстройства - взаимно усиливают друг друга. "Если вы курильщик, то у вас скорее разовьется невротический или психотический синдром, - говорит доктор Бойд. - Те же, у кого есть предрасположенность к психическому заболеванию, с большей вероятностью станут курильщиками" [Курение, c.42].

Табакокурение - это хроническая интоксикация организма. Яды табака поступают в организм курильщика, в клетках тканей проявляется их разрушительное действие, однако многие курильщики на протяжении ряда лет не чувствуют особых изменений в самочувствии. Коварство табакокурения заключается в том, что тяжкие, порой неизлечимые болезни, которые им вызываются, развиваются постепенно и незаметно для самого курильщика. Ведь для того, чтобы заболеть раком легкого, нужно курить лет 10-15, ишемической болезнью сердца - лет 5-8 и т.д. Подготовка болезни начинается с первой сигареты, но внешне относительно нормальное самочувствие в первые годы курения и определяет обычную психологию курильщика [Курение, c.45].

## Что такое болезнь отмены?

Болезнь отмены - это совокупность симптомов или болезненных признаков, связанных с зависимостью организма от того или иного вещества.

Эта болезнь может наблюдаться при уменьшении или прекращении применения любого наркотика, вызывающего физическую зависимость.

К таким наркотикам относятся героин, опий, ЛСД, первитин, димедрол и другие седативные препараты, бензодиазепины, барбитураты, алкоголь, никотин.

Никотиновая болезнь отмены чаще всего проявляется следующими симптомами:

тревога (87%)

расстройства сна (84%)

раздражительность (80%)

нетерпеливость (76%)

трудности концентрации (73%)

неусидчивость (71%)

тяга к табаку (62%)

голод (53%)

желудочно-кишечные проблемы (33%)

головные боли (24%)

сонливость (22%)

В скобках указан процент курильщиков, у которых наблюдается данный симптом.

Если у вас при попытках отказа от курения имеется большая часть перечисленных выше симптомов и они ярко выражены, значит, вы зависимы от никотина.

В этом случае одним из способов повышения успешности попытки прекращения курения в вашем случае может быть применение медикаментозных средств помощи бросающим курить, в частности, никотиновой заместительной терапии [Курение, c.131].

## 2. О пользе курения

## 2.1 Центральная нервная система

В головном мозге имеется большое количество никотиновых холинергических рецепторов. Хроническое употребление никотина еще более увеличивает их количество; стимулируя эти рецепторы, никотин способствует высвобождению серии нейротрансмиттеров, участвуя, таким образом, в выполнении ряда важных функций.

Четко установлено благотворное влияние никотина на течение болезни Паркинсона. Риск возникновения болезни Паркинсона у курильщиков снижается вдвое; эта информация получена в результате когортных исследований, анализа историй болезни и смертности. Между прочим, не исключено, что у субъектов с высокой предрасположенностью к болезни Паркинсона может наблюдаться отвращение к курению.

В эксперименте на животных доказано положительное влияние табачного дыма на течение паркинсонизма.

Основываясь на результатах исследования некоторых историй болезни и формального исследования (двойной слепой метод), больным с паркинсонизмом предложили назначить никотин в качестве лечебного средства. Курение положительно влияет на течение ряда других заболеваний, поражающих экстрапирамидную систему: лекарственный паркинсонизм, синдром Tourrete; все это указывает на влияние никотина на допаминергические системы. Однако никотин ухудшает старческую дискинезию.

Имеются сведения о положительном влиянии никотина на течение болезни Альцгеймера. Эпидемиологическое подтверждение этому получить непросто, поскольку нелегко дифференцировать болезнь Альцгеймера и другие виды деменций. Но при проведении коротких курсов лечения никотином зафиксировано заметное улучшение умственной деятельности у людей с болезнью Альцгеймера.

Курение может положительно влиять на умственную деятельность у здоровых людей, что проявляется оживлением, лучшей обработкой информации, ускорением некоторых моторных реакций и, может быть, улучшением памяти. Влияние табака на некурящих изучено плохо, поскольку все исследования проводили с участием курящих, у которых имеет место повышенная толерантность к табачному дыму и изменены рецепторы.

Результаты, полученные при наблюдении пациентов, не прекращавших курения, тоже могут быть искажены. Все же есть четкие данные о том, что никотин повышает умственную работоспособность и ускоряет обработку информации у некурящих [**Курение**: Тонкости, хитрости и секреты / под ред. Ю.В. Татуры. - М.: Бук-пресс, 2006. - 352 с., с.174].

## 2.2 Поздний период в жизни человека

В возрастной психологии существует устойчивая точка зрения, что жизненный путь человека от рождения до смерти психологически надо делить на возрастные периоды и эпохи. Периодизация психического (и не только психического) развития человека - краеугольный камень возрастной психологии. Более того, фактически процедура периодизации конституирует сам предмет возрастной психологии. При этом речь идет прежде всего о периодах. Что касается понятия эпох психического развития, то здесь Устойчивости взглядов нет.

Мы присоединяемся к тем возрастным психологам, которые в Психологическом онтогенезе человека выделяют три эпохи: детство - зрелость - старость. Такой подход оставляет возможность включать в эпохи разное число периодов, по-разному компоновать архитектонику эпохи.

Важно, что между эпохами есть границы. Например, понятно, что на границе детства и зрелости находится подростковый возраст. В самом деле, этот возраст совмещает в себе психологические характеристики как детства, так и зрелости, взрослости [Лидерc А.Г. Кризис пожилого возраста: гипотеза о его психологическом содержании // Психология зрелости и старения. - 2000. - № 2. - С.6 - 11].

Индивидуальное развитие взрослого человека представляет собой продолжение онтогенеза с заложенной в нём филогенетической программой. В период после ранней юности процесс созревания индивида и личности продолжается, проходя через стадии молодости, взрослости, зрелости, старости. Завершается этот цикл смертью человека (которая, разумеется, может наступить и на более ранних этапах, чем старость - из-за неизлечимой болезни, несчастного случая, суицида и т.д.).

Последние десятилетия характеризуются становлением системы человекознания как в отечественной науке, так и за рубежом. Изучение субъекта труда, познания и общения потребовало объединение столь широкого диапазона характеристик человека как индивида, личности, что с новой остротой встал вопрос о их систематизации.

Т.А. Косоревская выделяет группы признаков, на основании которых можно построить возрастную периодизацию онтогенеза: биологические, социальные [**Хрестоматия по возрастной психологии.** Учебное пособие для студентов: Сост.Л.М. Семенюк. Под ред. Д.И. Фельдштейна. - Издание 2-е, дополненное. М.: Институт практической психологии, 1996. - 304 с.].

Имеется много различных классификаций возрастов, разработанных специалистами из разных областей человеческого знания (а, следовательно, и по разным основаниям). Например, по древней китайской классификации зрелость разделяют на 4 периода: с 20 до 30 лет - возраст вступления в брак; с 30 до 40 - возраст выполнения общественных обязанностей; с 40 до 50 - познание собственных заблуждений; с 50 до 60 - последний период творческой жизни. Пифагор сравнивал возраста с временами года и, соответственно, зрелость охватывала периоды лета (20-40) и осени (40-60).

По возрастной периодизации, принятой Международным симпозиумом в г. Москве в 1965г, средний (зрелый) возраст так же разделяют на 2 периода. Первый период - 22-35 для мужчин, 21-35 для женщин и второй период - 36-60 для мужчин, 36-55 для женщин.

Возрастная периодизация Д.Б. Бромлей (1966) относит зрелость к четвертому циклу и делит их на четыре стадии:

1) ранняя взрослость 21-25 лет;

2) средняя взрослость 25-40 лет;

3) поздняя взрослость 40-55 лет;

4) предпенсионный возраст 55-65 лет.

Стадии развития личности по Э. Эриксону включают в себя: раннюю взрослость (от 20 до 40-45 лет), среднюю взрослость (от 40-45 до 60 лет) и позднюю взрослость (свыше 60 лет).

Схема периодизации индивидуального развития (B. B Бунак, 1965) относит зрелость ко второй (стабильной) стадии развития, которая включает в себя два периода, подразделяющиеся на два возраста. *Взрослый период*: первый возраст - 22-28 лет для мужчин, 21-26 для женщин и второй возраст - 29-35 лет для мужчин, 27-32 - для женщин. *Зрелый период*: первый возраст - 36-45 лет для мужчин, 33-40 лет для женщин и второй возраст - 46-55 лет для мужчин, 41-50 - для женщин.

Ещё одна из специфических проблем - это определение объективных критериев зрелости человека. Гетерохронность зрелости - это существенная характеристика в индивидуальном развитии человека: не совпадают во времени физическая зрелость, умственная, гражданская и др. Эти трудности привели к тому, что в современной психологической литературе довольно часто понятие "зрелость" заменяется понятием "взрослость", что позволяет избежать многих сложностей и, как правило, выделяют 3 стадии:

**Ранняя взрослость от 20 до 40**

**Средняя взрослость от 40 до 60**

Поздняя взрослость от 60 и старше

Каждый из вышеперечисленных возрастных периодов обладает своими особенностями и характеристиками. **Возраст** - этап развития человека, характеризуемый специфическими для него закономерностями формирования организма и личности и относительно устойчивыми морфофизиологическими и психологическими особенностями [БОЧАРОВ].

Зрелость - наиболее продолжительный период онтогенеза, характеризующийся тенденцией к достижению наивысшего развития духовных, интеллектуальных и физических способностей личности. Эта основная характеристика зрелого возраста определила интерес к этому возрасту представителей различных областей знаний, что обусловило развитие акмеологии - науки о периоде максимального расцвета, личностного роста, высшего момента проявления духовных сил. Название науки сформулировано Н.А. Рыбниковым в 1928 году, когда он предложил включить в предмет возрастной психологии фундаментальный раздел - психология развития зрелости или взрослости [ХРЕСТОМАТИЯ].

*Кризис середины жизни*

Как пишет А.В. Толстых, акмэ и в наше время остается акмэ, и зрелый человек и сегодня занимает центральное место в общественной и возрастной структуре общества, в нем завязаны главные приводные ремни государственного, общественного и хозяйственного механизма. И роль эта из разряда главных.

Вместе с тем зрелого человека поджидают и немалые испытания. В профессиональной и социальной роли ему приходится переживать так называемую предметную смерть, кризис идентичности, уход из родительской семьи детей, уход из жизни родных, близких и знакомых. Эмоциональные затраты с возрастом растут. Эмоциональные перегрузки приводят к стрессовым ситуациям. За период зрелости в организме человека происходят очень серьезные половозрастные изменения, во многом предопределяющие стрессовые состояния. Начинают подкрадываться и развиваться болезни. Сердечно-сосудистая патология стала одной из ведущих причин смертности в развитых странах мира. Для мужчин сердечно-сосудистые заболевания становятся опасными уже к 50 годам, для женщин - к 70. Симптомы артритов и тромбофлебитов появляются у мужчин на 10 лет раньше, чем у женщин, а первый сердечный приступ - раньше на 20 лет. В период старости мужчина рискует умереть от сердечно-сосудистых заболеваний в три раза чаще, чем женщина. Эту особенность специалисты объясняют различным гормональным фоном: андрогены (мужские половые гормоны) способствуют увеличению содержания холестерина в сыворотке крови, а эстрогены (женские половые гормоны) этот уровень понижают. Только в постклимактерический период, когда количество эстрогенов в организме женщины понижается, риск сердечно-сосудистых заболеваний усиливается и для нее. Такие болезни, как гемофилия, некоторые типы мышечных дистрофий, дальтонизм, подагра, грыжа, язвенная болезнь, чаще встречаются у мужчин. Страх перед болезнью и возможной смертью порождает стрессовые состояния. Как отмечают сами мужчины, у них появляется суетливость и раздражительность, нарушение сна, а после 50 лет - расстройство функций половой системы. А близкие им женщины отмечают следующие изменения: грубость в общении с близкими, замкнутость, повышенный аппетит, злоупотребление алкогольными напитками, неосознанное курение (количество выкуриваемых за день сигарет может увеличиться вдвое), иногда хроническая усталость, трудоголизм (чрезмерное увлечение работой при помощи увеличения ее объема, чтобы ощутить свою значимость и поднять свой интерес к ней), повышенная рассеянность, настройка телевизора (мужчина не смотрит телепередачи, а только регулирует настройку), иногда чрезмерная трата денег и пр.

Главные изменения, происходящие в организме женщины в период зрелости, связаны с наступлением климактерического периода, характеризующегося общими возрастными инволюционными нарушениями в организме, на фоне которых происходят возрастные климактерические изменения репродуктивной системы [Глуханюк, с.5]. В пременопаузе у женщин появляются морщины на коже лица и шеи, увеличивается отложение подкожного жира; в постменопаузе на коже кистей рук появляются пигментные пятна, волосы седеют и редеют, ломкими становятся ногти на руках и ногах, разрушаются зубы, ухудшаются слух и зрение, уменьшаются мышечная сила, точность и быстрота движений, жизненная емкость легких; повышается чувствительность к изменению температуры окружающей среды и к перемене климата. Не углубляясь в медицинские аспекты (это дело специалистов), обратим внимание на два момента. Во-первых, при физиологическом (естественном, закономерном) течении климакса перечисленные изменения возникают постепенно и развиваются медленно, некоторые из них вообще не возникают или появляются только в период старости. Во-вторых, при патологическом течении климактерического периода, который, по утверждению специалистов, возникает практически у каждой второй-третьей женщины, ее состояние и самочувствие более трудное. Расстройство сна, головные боли, сердцебиения, головокружения, колебания артериального давления, обморочные состояния и другие неприятности. Очевидно, что в тяжелых случаях нужна врачебная помощь (профессиональная диагностика причин, адекватное лечение и т.д.). Но многое можно заранее предупредить, облегчить самочувствие женщины в период климакса. Прежде всего - это ее знание о характере изменений, происходящих в организме и половой системе с возрастом и наступлением климактерия как переходного физиологического периода жизни (в среднем от 6 до 18 мес). За это время организм приспосабливается к новым условиям, в отличие от тех, в которых он функционировал более двадцати лет. Существует много достаточно профессиональной научно-популярной литературы, которая может помочь женщине справляться с возникающими проблемами (советы по организации рационального питания, здорового образа жизни, психотерапевтической и психологической поддержке). Что касается поведения мужа, близкого человека, то от него чаще всего требуется умение просто выслушать и поддержать, посмотреть на ситуацию ее глазами. В противном случае получается заколдованный круг: муж, искренне желая помочь жене, дает ей советы, пытается вмешаться или вообще устранить ее от решения ее же проблем. Это вызывает у женщины еще больший стресс (ее не поняли), а мужчина провоцирует свой стресс (его совет отвергли, в его помощи не нуждаются, он глуп и беспомощен).

Очень важно в зрелом возрасте уметь сохранять эмоциональную стабильность в любых стрессовых ситуациях, находить возможности к осмыслению происходящих изменений (физических, физиологических, психологических и т.п.). Тогда и мужчинам, и женщинам будет легче справляться с причинами и последствиями назревающих в организме и личности сбоев. Так уж устроен мир: никуда не денешься от потери близких, от безответной любви, надвигающейся старости. Существуют и неизлечимые болезни, и критическое стечение обстоятельств, и угроза неосуществления жизненно важных целей (по разным причинам, в том числе и потому, что у человека остается небольшой запас сил и времени, например, к концу периода зрелости). Для человека зрелых лет оказывается очень трудным, порой мучительным, переход от состояния максимальной активности, бурной деятельности, присущей периоду акмэ, к ее постепенному свертыванию, ограничению в связи с тем, что подтачивается здоровье, меньше становится сил, возникает объективная необходимость уступить место новым поколениям при субъективном нежелании, внутреннем сопротивлении это сделать, так как сегодня человек в свои 50-60 лет субъективно не ощущает себя старым.

В этих сложных жизненных ситуациях, кажущихся порой безвыходными, жизнь не утрачивает смысла и ценности, если научиться подчинять себе обстоятельства (разумеется, там, где это возможно и целесообразно), развить в себе способности управлять своими эмоциями, способности к самоанализу и саморегуляции поведения. В решении этих важнейших практических задач, как нам кажется, весьма существенную помощь может оказать овладение человеком саногенным мышлением (по Ю.М. Орлову), т.е. таким мышлением, которое способствует оздоровлению психики, снятию в ней внутренней напряженности, устранению застарелых обид, комплексов и др.

Поздняя зрелость подразделяется дальше еще на две фазы: ранняя старость и поздняя старость. Ранняя старость лежит в промежутке 65-84 лет, а поздняя старость - в промежутке от 85 лет до смерти.

Современная геронтопсихология основывается на следующих представлениях о природе старости и старения:

Социально-психическое развитие человека не ограничено какими-то определенными периодами его бытия, оно осуществляется на протяжении всей жизни.

К старости человек не исчерпывает все свои резервные возможности, потенциал своего развития.

Психическое развитие человека настолько многомерно, многоформно и многонаправленно, что практически невозможно выявить все его проявления, качества и возможности.

Процесс развития отнюдь не сводится к одному поступательному развитию, росту и повышению эффективности субъекта во всех областях его жизни. Развитие есть единство разных типов изменений, одиночных и системных, преходящих и стабильных, позитивных и негативных.

Одновременно с уменьшением психических возможностей происходит и их обогащение; инволюционные изменения сочетаются с новообразованиями прогрессивного характера, направленными на преодоление деструктивных явлений в геронтогенезе.

Личностно-психологическое развитие человека происходит разными темпами и достигает разного уровня в различных областях социальной действительности. Соответственно соотношение утрат и приобретений оказывается различным в разные периоды старения человека.

Успешность личностного и социально-психологического развития человека во все периоды жизни, и особенно в поздние годы, зависит от того, насколько он сам выступает субъектом, создателем условий своей жизни.

Старение и старость являются закономерным следствием возрастных изменений, происходящих в ходе онтогенетического развития на всех уровнях жизнедеятельности.

Старение клеток, органов, функциональных систем и психических процессов происходит неравномерно. Закон гетерохронности развития и инволюции универсален и действует как на межличностном, так и на внутриличностном уровне. Межличностная гетерохронность выражается в том, что индивиды созревают и развиваются неравномерно, а разные аспекты и критерии зрелости имеют для них неодинаковое значение. Внутриличностная гетерохронность выражается в несогласованности сроков биологического, социального и психического развития.

Процесс старения сопровождается ослаблением гомеостатических процессов и одновременно приспособлением всех систем организма к новому уровню жизнедеятельности [Л.И. Анциферова, 2001].

Модель нормального психического развития, на которую мы ориентируемся в своей работе, представлена в таблице 2.1 Возрастные периоды в старости, как и на предшествующих этапах жизненного пути, мы описываем по четырем параметрам: система социального окружения, возрастные задачи, резервы и кризисы развития. Благополучное прохождение возрастных кризисов, активное использование резервов развития, успешное решение свойственных возрасту задач дают человеку возможность достичь состояния, которое в геронтопсихологии принято называть "счастливой старостью".

Глубже всего понятие "счастливой старости" раскрыто в работах Н.Ф. Шахматова. Он считал, что счастливая старость - это случай психической жизни в старости, когда отношение человека к своему старческому бытию по основным линиям соответствует данным этическим категориям. Счастливая старость - особо благоприятная форма старения, находящаяся в одном ряду с другими формами благоприятных и неблагоприятных возрастных изменений высших психических функций.

Таблица 2.1

**Модель нормального психического развития в позднем возрасте**

|  |  |
| --- | --- |
| Параметры описания возраста | Возрастной период |
| 51-65 лет | После 65 лет |
| Система социального окружения | Семья Друзья Работа Окружающие | Семья Друзья Окружающие |
| Задачи возраста | Безопасный выход из сферы труда, понижение роли карьеры Установление межличностных отношений вне семьи, ответ на вопрос "Кому я еще нужен?" Выработка толерантного отношения к смерти | Освоение жизни в условиях большей зависимости от других людей (женщинами эта задача осваивается сложнее, чем мужчинами) Оценка прошлой жизни Умение пережить смерть близких и ожидание собственной смерти |
| Резервы развития | Знания и умения, способствующие опоре в большей степени на умственные, а не на физические возможности человека | Умение выживать при снижении физических ресурсов Умение подводить жизненные итоги, написание мемуаров |
| Кризисы развития | Кризис стагнации. Проходит благоприятно, если у человека есть живительные эмоциональные связи с окружающими людьми. Неблагоприятное течение кризиса выражается в эгоистической стагнации, предъявлении претензий к окружающим ("Эгоист - это тот, кто не думает обо мне")  | Кризис значимости. Проходит благоприятно, если человек ощущает, что жизнь прожита не зря. Неблагоприятное течение кризиса сопровождается чувством отчаяния ("Жизнь прошла зря, от меня ничего не осталось")  |

Хорошее физическое здоровье, умеренный характер общих возрастных изменений, долгожительство, сохранение деятельного образа жизни, высокое общественное положение, наличие супруга и детей, материальный достаток не являются залогом и гарантией осознания старости как благоприятного периода жизни. О счастливой старости правомерно говорить, когда имеется удовлетворенность новой жизнью, своей ролью в этой жизни. Это та форма психического старения, когда долгая жизнь приносит новые положительные эмоции, которых человек не знал в прошлом. Самоудовлетворение - важный момент в благоприятной оценке своей жизни в старости (Я.Ф. *Шахматов, 1996).*

Анализ исследовательских подходов и эмпирических данных позволяет говорить о возможности целенаправленного формирования отношения к возрасту, особенно в поздние периоды жизни, поскольку именно субъективное отношение человека к процессу старения определяет стратегии его жизни [ГЛУХАНЮК].

***Мужчины в середине жизни***

Фаррелл и Розенберг исследовали, как мужчины реагируют на достижение середины жизни. Они проинтервьюировали 300 мужчин среднего возраста, задавая им вопросы, касавшиеся семьи, работы и физических данных, и сравнили их ответы с ответами более молодых мужчин. Исследования подтвердили их точку зрения, что каждый человек - через свою реакцию на окружающий мир - играет активную роль в том, как складывается его существование. Они обнаружили, что мужчины склонны реагировать на достижение середины жизни индивидуально, но все же в рамках некой общей схемы. Большинство мужчин ощущали обязательства как по отношению к работе, так и по отношению к семье. Большая часть из них выработала привычный образ жизни, который помогал им справляться со своими заботами и проблемами. Многие мужчины сталкивались с одинаковыми проблемами: забота о стареющих и зависимых родителях, сложности с детьми - подростками, привыкание к ограничениям, признание своей физической уязвимости [Крайг.].

Фаррелл и Розенберг считают, что существуют 4 главных пути развития в среднем возрасте. Первый из них - это путь *трансцендентно-генеративного мужчины.* Он не испытывает кризиса середины жизни, так как нашел адекватные решения большинства жизненных проблем. Для такого мужчины середина жизни может быть временем реализации своих возможностей и достижения поставленных целей. Второй путь - это путь *псевдо-развитого мужчины.* Этот мужчина справляется с проблемами, делая вид, что всё происходящее его удовлетворяет или находится под его контролем; на самом деле он, как правило, чувствует, что потерял направление, зашел в тупик или что ему всё осточертело. *Мужчина в кризисе середины жизни -* третий путь - находится в замешательстве и ему кажется, что весь его мир рушится. Он не в состоянии удовлетворять предъявляемые к нему требования и решать проблемы. Для одних мужчин этот кризис может быть временной фазой развития; для других он может стать началом непрерывного падения. Четвертый путь развития - это путь *обездоленного судьбой мужчины.* Такой мужчина был несчастлив или отвергаем другими большую часть своей жизни и проявляет признаки кризиса середины жизни. Обычно он не в состоянии справиться с проблемами [Глуханюк].

Фаррелл и Розенберг в заключение отмечают, что общество вынуждает мужчин соответствовать единому образцу успеха и мужественности, и большинство мужчин пытаются соответствовать этому образцу. Ряд проблем возникает у мужчин в середине жизни как раз из-за того, что им приходится свыкнуться с мыслью, что они не удовлетворяют этому образцу, или из-за того, что они вынуждены были отказываться от многих собственных желаний, пытаясь достичь соответствия ему. Лишь немногим мужчинам удается в это время избежать ощущения неудачи, внутреннего разлада или потери самоуважения.

***Женщины в середине жизни***

Хотя женщинам среднего возраста посвящено гораздо меньше исследований, чем мужчинам, для них середина жизни также часто является временем перехода и переоценки. Наряду с широкими индивидуальными различиями, в реакциях женщин на средний возраст существуют и общие тенденции. Традиционно женщины в большей степени определяют себя в рамках семейного цикла, чем исходя из своего положения в профессиональном цикле. В недавнем исследовании женщин, проживающих на среднем западе США, было обнаружено, что они склонны считать главными жизненными переходами 3 точки в семейном цикле.80% женщин ответили, что коренная смена их роли была связана *с рождением ребенка и уходом за ним в первые годы жизни*. Это обычно происходило в возрасте от 27 до 30 лет. Однако остальные два важных жизненных перехода происходили позднее.40% женщин из этой выборки сообщили, что важным переходом было *время, когда подросшие дети покидали родительский дом*. Лишь немногие женщины считали этот переход очень болезненным. Последний важный переходный период (для 33% женщин) приходился на *постродительский период*. При анализе этих изменений в жизненных целях, установках и ценностях женщин легче обнаруживается их связь с семейным циклом, чем с предсказуемыми возрастными уровнями или с этапами профессионального цикла [КРАЙГ].

Модель развития, в основу которой положено понятие времени наступления событий, особенно хорошо применима к женщинам среднего возраста. Это означает, что время наступления ключевых событий в семейном и профессиональном циклах определяют статус, образ жизни и выбор женщин среднего возраста - их основные занятия, радости и горести, круг коллег и друзей. Женщина, которая откладывает замужество и рождение ребенка до 40 лет, часто делает это для того, чтобы преуспеть в карьере. После рождения ребёнка она может за годы его детства несколько раз бросать и снова начинать работать. Если она примет решение сочетать семью с полноценной профессиональной деятельностью, то уменьшит для себя вероятность испытать бедность в старости. Специфический характер ролевых конфликтов и ролевого напряжения также определяется временем наступления событий.

*Ролевой конфликт* имеет место тогда, когда требования одной роли противоречат требованиям другой. Общими для женщин среднего возраста являются ролевые конфликты, связанные с тем, что им трудно найти время и для семьи, и для работы. В отличие от ролевого конфликта *ролевое напряжение* связано со слишком большим количеством требований в рамках одной роли.

В западном обществе о женщине обычно судят по внешности, и, для того чтобы считаться привлекательной, она должна молодо выглядеть. Некоторым женщинам морщины на лице, седеющие волосы и другие признаки старения говорят о том, что им уже больше не быть такими желанными и женственными, как прежде.

Кто-то из них может также отрицательно реагировать на менопаузу, сожалея о потере способности рожать детей. Поэтому не удивительно, что исследователи сообщают о высокой частоте депрессий у женщин среднего возраста по сравнению с другими возрастными группами [КРАЙГ].

## 2.3 Тревожность: анализ и состояние проблемы

Впервые выделил и акцентировал состояние тревоги, беспокойства З. Фрейд. Он охарактеризовал данное состояние как эмоциональное, включающее в себя переживание ожидания и неопределённости, чувство беспомощности. Данная характеристика указывает на внутренние причины.

Изучению состояния тревоги посвящено большое количество работ. Прежде всего, важно различать понятие тревоги как состояния и тревожности как черты личности. Многозначность в понимании тревоги как психического явления проистекает из того факта, что термин "тревога" используется психологами в разных значениях. Это может быть:

Временное психическое состояние, возникшее под воздействием стрессовых факторов

*Фрустрация социальных потребностей.*

Первичный показатель неблагополучия, когда организм не имеет возможности естественным образом реализовать потребности

Свойство личности, которые дается через описание внешних и внутренних характеристик при помощи родственных понятий

*Реакция на представленную угрозу.*

Чаще всего термин "тревога" используется для описания неприятного по своей окраске психического состояния, которое характеризуется субъективными ощущениями напряжения, беспокойства, мрачных предчувствий, а с физиологической стороны сопровождается активизацией автономной нервной системы. Являясь природосообразным состоянием, тревога играет положительную роль не только как индикатор нарушения, но и как мобилизатор резервов психики [Андреева, Д.А. Проблемы активности студентов/ Д.А. Андреева. - Ростов н/Д.: Эдема, 1975 - 159 с.; c.83].

Однако чаще всего тревогу рассматривают как негативное состояние, связанное с переживанием стресса. Состояние тревоги может варьировать по интенсивности и изменяться во времени как функция уровня стресса, которому подвергается индивид, но переживание тревоги свойственно любому человеку в адекватных ситуациях.

Выделяют несколько теоретических подходов к изучению тревоги:

1. Системно-функциональный подход рассматривает состояние тревоги как специфическую отражательную форму психики, запечатлевающую отношение между предметным миром и человеком или межу людьми, где тревога, влияя на компоненты любого из уровней проявление активности, играет либо положительную роль, являясь мобилизатором резервов психики, либо отрицательную

2. Системно-структурный подход раскрывает тревогу как цельное интегрированное явление.

3. Системно-исторический подход раскрывает причинность тревоги в социальном, психологическом и физиологических аспектах.

Причины, вызывающие тревогу и влияющие на изменение её уровня, многообразны и могут лежать во всех сферах жизнедеятельности человека.

Условно их разделяют на субъективные и объективные причины. К субъективным относятся причины информационного характера, связанные с неверные представлением об исходе предстоящего характера, приводящие к завышению субъективной значимости исхода предстоящего события. Среди объективных причин, вызывающих тревогу, выделяют экстремальные условия, предъявляющие повышенные требования к психике человека и связанные с неопределённостью исхода ситуации [Иванов, Г.Г. Традиционные и нетрадиционные методы оздоровления детей. /Г.Г. Иванов, В.Н. Воронцов - Ижевск: Издательство Удмурт. ун-та, 1996. - 677 с.; c.388].

Термин "личная тревожность" используется для обозначения относительно устойчивых индивидуальных различий, в склонности индивида испытывать состояние тревоги. Уровень личностной тревожности определяется, исходя из того как часто и как интенсивно у индивида возникает состояние тревоги. Функциональный аспект исследований личностной тревожности предполагает рассмотрение её как системного свойства. Которое проявляется на всех уровнях активности человека.

Раскрывается роль данного свойства в социальной сфере, где тревожность оказывает влияние на эффективность в общение, на социально - психологические показатели эффективности деятельности руководителей, на взаимоотношения товарищами, порождая конфликты. В психологической сфере тревожность проявляется в изменение уровня притязаний личности, в снижение самооценки, решительности, уверенности в себе. Личностная тревожность влияет на мотивацию. Отмечается обратная связь тревожности с такими особенностями личности, как: социальная активность, стремление к лидерству, эмоциональная устойчивость, степень невротизма и интровертированности. Тревожность проявляется и в психофизиологической сфере. В ряде работ раскрывается связь тревожности с особенностями нервной системы, с энергетикой организма, развитием психовегетативных заболеваний.

Причины тревожности на социальном уровне - нарушение общения. На психологическом уровне - неадекватное восприятие субъектом самого себя, на психофизиологическом причины тревожности связываются с особенностями строения и функционирования ЦНС.

Личностная тревожность проявляется не обязательно непосредственно в поведение, она имеет выражение субъективного неблагополучия личности, создающего специфический фон её жизнедеятельности, угнетающий психику.

Анализ публикации Пасынкова, Н.Б. "Связь уровня тревожности подростков с эффективностью их интеллектуальной деятельности" позволяет выделить основные негативные стороны высокого уровня личностной тревожности.

Личность с высоким уровнем тревожности склонна окружающий мир как заключающие в себе угрозу и опасность в значительно большей степени, чем личность с низким уровнем тревожности.

Высокий уровень тревожности создаёт угрозу психическому здоровью личности, способствует развитию предневротических состояний.

Отрицательно влияет на результаты деятельности. Отмечается корреляция тревожности со свойствами личности, от которых зависит учебная успеваемость.

Тревожность оказывает влияние на профессиональную направленность. Сопоставление профессиональной направленности индивидуально-психологическими особенностями выявило существенное влияние последних на характер профессиональной направленности. Сравнение психологических особенностей учащихся показало, что ученик, ориентированный на профессии типа "человек - знаковая система" характеризуется тем, эти школьники имеют высокие показатели успешности интеллектуальных тестов, самые высокие показатели вербального интеллекта, высокую успешность обучения. Их характеризует самый низкий уровень тревожности, средний нервотизм, низкая экстеравертированность.

Помимо отрицательного влияния на здоровье, поведение и продуктивность деятельности, высокий уровень тревожности неблагоприятно сказывается и на качестве социального функционирования личности. Тревожность ведет к отсутствию у человека уверенности в своих возможностях в общении, связана с отрицательным социальным статусом, формулирует конфликтные отношения.

Как мы видим, решение проблемы тревожности относится к числу острых и актуальных задач психологии. Изучение, а также своевременная диагностика и коррекция уровня тревожности у детей поможет избежать ряда трудностей, указанных ранее [Пасынкова, Н.Б. Связь уровня тревожности подростков с эффективностью их интеллектуальной деятельности // Психол. журн. Т.17. №1.1996. С.169-174; c.169].

Современная жизнь, однако, сильно изменила условия нашего существования, так что эта готовность к противостоянию становится все менее нужной для того, чтобы выжить. Между тем соответствующие механизмы сохраняются и продолжают действовать в самых разнообразных обстоятельствах, имеющих лишь очень отдаленное отношение к выживанию: во время разлуки, при потере близкого человека, при столкновении с новыми социальными ситуациями, при усилиях, необходимых для успеха в учебе и профессиональной деятельности, и т.д.

С физиологической точки зрения тревога не отличается от страха. Она сопровождается ускорением ритма сердца, подъемом кровяного давления, угнетением деятельности пищеварительного аппарата, легким потоотделением и т.п. Главное отличие состоит в том, что тревога вызывает активацию организма до того, как происходит ожидаемое событие.

Обычно тревога представляет собой переходящее состояние, она ослабевает, как только человек действительно сталкивается с ожидаемой ситуацией. Бывает, однако, и так, что ожидание, порождающее тревогу, затягивается, и организм вынужден тогда затрачивать много энергии для поддержания своей "дееспособности". В результате развивается состояние стресса, при котором организм проходит последовательные этапы *синдрома адаптации*, описанного Селье [Годфруа, Ж. Что такое психология: В 2-х т. Т.2: Пер. с франц. - М.: Мир, 1992. - 376 с.; с.125].

Существует в психологическом содержании актуальной тревоги и личностной тревожности. **Актуальная тревога** - это эмоциональный ответ человека на все, что происходит с ним и вокруг него на момент обследования. *Низкий уровень* реактивной тревожности означает недостаточную актуализацию потребностей в данный момент в связи с невысокой значимостью для человека происходящего вокруг. Он уверен в себе, в своих начинаниях. Низкий уровень тревоги возможен также у тех, у кого в эмоциональном опыте встречались подобные ситуации. При *среднем уровне* актуальной тревоги человек придает повышенную значимость отдельным элементом ситуации или он находит в себе силы и возможности контролировать собственные эмоциональные переживания. Такой человек стремится объективно оценить возникшие ситуации. Однако это ему удается не сразу, поскольку отсутствует полная уверенность в себе, в благоприятном исходе ситуации. *Высокий уровень* актуальной тревоги свидетельствует о том, что ситуация, в которой находится человек, чрезвычайно важна для него. Он недоволен собой, окружающими людьми, часто замыкается в себе. Реальное устранение препятствий или изменений отношений к ним может вызвать снижение актуальной тревоги.

**Тревожность** - это относительно устойчивое свойство личности, характеризующее предрасположенность воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающие и реагировать на них, как правило, развитием чувства беспокойства, тревоги.

Человек с *низким уровнем* личностной тревожности воспринимает большинство появляющихся трудностей адекватно их объективной эмоциональной насыщенности. Угрожающими для него становятся в основном ситуации, представляющие реальную опасность для жизни, ставящие его на грань между жизнью и смертью.

При *среднем уровне* личностной тревожности человек чувствует себя комфортно, сохраняет эмоциональное равновесие, работоспособность преимущественно в ситуациях, к которым он уже успел адаптироваться, в которых он знает как себя вести, знает меру своей ответственности. При осложнении ситуации или появления дополнительных трудностей возможно появление тревоги, беспокойства, ощущение напряжения, эмоционального дискомфорта. Восстановление эмоционального равновесия происходит после достижения достаточного уровня адаптированности.

*Высокий уровень* личностной тревожности означает, что большинство ситуаций, в которых оказывается человек, воспринимается как угрожающие его престижу, самооценке, физическому здоровью. Поведение, контакты с людьми регулируются, прежде всего, эмоциями. Высокая эмоциональная чувствительность сочетается с повышенной ранимостью, обидчивостью, что значительно затрудняет общение, создает множество коммуникативных барьеров [Справочник практического психолога. Психодиагностика/ под общ. ред. С.Т. Посоховой. - М.: АСТ; СПб.: Сова, 2005. - 671 с.; с.262].

## Выводы

1. Аддиктивное поведение - один из типов девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций. Дифференцированный подход к отклоняющемуся поведению предполагает его разноплановую оценку и основан на многоосевом клинико-диагностическом принципе, включающем оценку не только типа отклоняющегося поведения, но и выраженность дисфункции (нарушения развития) личности, тип акцентуации характера, а также степень социальной адаптации. С учетом данного обстоятельства **многоосевую классификацию саморазрушающего (отклоняющегося) поведения.**

2. Многие считают курение привычкой, полагая, что бросить курить очень легко, что это только вопрос волевого усилия. Это неверно по двум причинам. Во-первых, привычке иногда очень трудно изменить. Во-вторых, курение - это не просто привычка, а также определенная форма наркотической зависимости. Также бытует мнение, что курение табака - это приобретенный рефлекс. Люди, страдающие психическими расстройствами, вдвое больше склонны к курению, чем сограждане, не имеющие психических отклонений. У "курильщиков" возникает **болезнь отмены** - это совокупность симптомов или болезненных признаков, связанных с зависимостью организма от того или иного вещества.

Эта болезнь может наблюдаться при уменьшении или прекращении применения любого наркотика, вызывающего физическую зависимость.

Однако, курение может быть и полезным. В головном мозге имеется большое количество никотиновых холинергических рецепторов. Хроническое употребление никотина еще более увеличивает их количество; стимулируя эти рецепторы, никотин способствует высвобождению серии нейротрансмиттеров, участвуя таким образом в выполнении ряда важных функций. Четко установлено благотворное влияние никотина на течение болезни Паркинсона.

3. Зрелость - наиболее продолжительный период онтогенеза, характеризующийся тенденцией к достижению наивысшего развития духовных, интеллектуальных и физических способностей личности. Эта основная характеристика зрелого возраста определила интерес к этому возрасту представителей различных областей знаний, что обусловило развитие акмеологии - науки о периоде максимального расцвета, личностного роста, высшего момента проявления духовных сил.

4. Впервые выделил и акцентировал состояние тревоги, беспокойства З. Фрейд. Он охарактеризовал данное состояние как эмоциональное, включающее в себя переживание ожидания и неопределённости, чувство беспомощности. Данная характеристика указывает на внутренние причины. Однако чаще всего тревогу рассматривают как негативное состояние, связанное с переживанием стресса. Состояние тревоги может варьировать по интенсивности и изменяться во времени как функция уровня стресса, которому подвергается индивид, но переживание тревоги свойственно любому человеку в адекватных ситуациях. **Тревожность** - это относительно устойчивое свойство личности, характеризующее предрасположенность воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающие и реагировать на них, как правило, развитием чувства беспокойства, тревоги.

## Список использованных источников

1. Андреева, Д.А. Проблемы активности студентов/ Д.А. Андреева. - Ростов н/Д.: Эдема, 1975 - 159 с.

2. Анциферова, Л.И. Психология старости: особенности развития личности в период поздней взрослости/ Л.И. Анциферова // Психол. журн. № 3 (2001). - С.21-30.

3. Бочаров, В.В. Антропология возраста: Учеб. пособие / В.В. Бочаров. - СПб, "Питер" 2001. - 288 с.

4. Глуханюк, Н. С Поздний возраст и стратегии его освоения. / Н.С. Глуханюк, Т.Б. Гершкович. - 2-е изд. - М.: Московский психолого-социальный институт, 2003. - 112 с.

5. Годфруа, Ж. Что такое психология: В 2-х т. / Ж. Годфруа. - Т.2. - М.: Мир, 1992. - 376 с.

6. Даль, В.И. Толковый словарь живого великорусского языка. В 4 т. / В.И. Даль. - Т.2.: М.: Издательство " Русский язык", 2002. - 2734 с.

7. Иванов, Г.Г. Традиционные и нетрадиционные методы оздоровления детей. /Г.Г. Иванов, В.Н. Воронцов - Ижевск: Издательство Удмурт. ун-та, 1996. - 677 с.

8. Ильин, Е.П. Мотивация и мотивы / Е.П. Ильин. - СПб: Издательство "Питер", 2000. - 502 с.

9. Короленко, Ц.П. Социодинамическая психиатрия / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. - М.: “Академический проект”, 2000. - 322 с.

10. Короленко, Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе: Деструктивное поведение в современном мире / Ц.П. Короленко, Т.А. Донских. - Новосибирск, "НЕСТОР" 1990. - 296 с.

11. Кон, И.С. Психология ранней юности: книга для учителя / И.С. Кон. - М.: Просвещение, 1989. - 312 с.

12. Крайг, Г. Психология развития / Г. Крайг. - СПб.: Питер, 2000. - 422 с.

13. Кулаков, С.А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков / С.А. Кулаков. - М.: Фолиум, 1998. - 344 с.

14. Кулаков, С.А. На приеме у психолога - подросток: Пособие для практических психологов / С.А. Кулаков. - СПб.: Изд - во РГПУ им.А.И. Герцена; Издательство "Союз", 2001 - 350 с.

15. Курение: Тонкости, хитрости и секреты / под ред. Ю.В. Татуры. - М.: Бук-пресс, 2006. - 352 с.

16. Лидерc, А.Г. Кризис пожилого возраста: гипотеза о его психологическом содержании / А.Г. Лидерс. // Психология зрелости и старения. - 2000. - № 2. - С.6 - 11

17. Менделевич, В.Д. Психология девиантного поведения / В.Д. Менделевич. - М., 2001. - 432 с.

18. Пасынкова, Н.Б. Связь уровня тревожности подростков с эффективностью их интеллектуальной деятельности / Н.Б. Пасынкова. // Психол. журн. - Т.17. - №1.1996. - С.169-174

19. Психология и педагогика. Военная психология / Под ред. А.Г. Маклакова. - СПб.: Питер, 2004. - 464 с.,

20. Словарь терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам. / под ред. С.В. Прака - М.: ВОЗ, Женева, 1996. - 80 с.

21. Справочник практического психолога. Психодиагностика / под общ. ред.С.Т. Посоховой. - М.: АСТ; СПб.: Сова, 2005. - 671 с

22. Хрестоматия по возрастной психологии. Учебное пособие для студентов / под ред. Д.И. Фельдштейна. - Издание 2-е. - М.: Институт практической психологии, 1996. - 304 с.