

Лекции



© ВОЛКОВА О. В.

УДК 159.9.072.42

КОМПОНЕНТЫ И МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВЫУЧЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ У ДЕТЕЙ С ОСЛАБЛЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ: ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

О. В. Волкова

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор – д. м. н. проф. И. П. Артюхов; кафедра психологии и педагогики с курсом медицинской психологии, психотерапии и педагогики ПО, зав. – д. псих. наук, проф. И. О. Логинова.

Резюме. В лекции представлен подробный теоретико-методологический анализ современных психологических исследований, освещающих проблему феномена «выученной беспомощности». Поднимается вопрос взаимосвязи выученной беспомощности с уровнем соматического здоровья в процессе формирования личности. В лекции особая роль отводится специфическим новообразованиям, развитие которых приходится на каждый возрастной период становления личности ребенка со старшего дошкольного возраста (5-7 лет) до подросткового возраста (15-17 лет). В лекции представлены обоснования целесообразности опоры на психосоматический подход в изучении механизмов формирования выученной беспомощности. В результате анализа представленных исследований автор приходит к выводу о наличии взаимосвязи между особым восприятием явлений «здоровье» и «болезнь», неэффективным типом детско-родительских отношений, уровнем здоровья ребенка и формированием феномена «выученная беспомощность» в процессе онтогенетического развития.

Ключевые слова: выученная беспомощность, соматическое здоровье, онтогенез, ребенок.

COMPONENTS AND MECHANISMS OF FORMING THE LEARNED HELPLESSNESS IN CHILDREN WITH WEAK HEALTH: ONTOGENETIC APPROACH

O. V. Volkova

Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky

Abstract. The article concerns the detailed theoretically-methodological analysis of the modern psychological researches devoted to studying of a "helplessness" phenomenon. The question of studying the relevance of "learned helplessness" phenomenon interrelation with somatic health of the person during formation of personality is raised. The special role in this article is given to the specific features of each period of development since the pre-school age (5-7 years) till the teenage stage (15-17 years). The article presents the justification to support on the psychosomatic approach in studying the mechanisms of learned helplessness. The analysis of the presented research the author comes to the conclusion of a special relationship between the perception of the phenomena of "health" and "disease" ineffective type of parent-child relationships, the level of health of the child and the formation of the phenomenon of "learned helplessness" in the process of ontogenetic development.

Key words: learned helplessness, somatic health, ontogenesis, child.

С позиции психосоматического подхода можно говорить о том, что беспомощность формируется и «выучивается» постепенно, под воздействием не столько самого заболевания или осознания степени, характера влияния соматического статуса на деятельность и активность ребенка, сколько под воздействием фактора социального реагирования на особенности соматического здоровья ребенка.

Говоря о развитии ребенка в условиях дефекта и социальной ситуации развития, Л.С. Выготский выдвинул положение о том, что ребенок в ситуации болезни

отличается в своем развитии не по его уровню, а по качеству. Его развитие не отстает, оно имеет совершенно другие специфические характеристики. Высказывая эту мысль, Л.С. Выготский имел в виду, прежде всего детей с дефектами органов чувств или с патологией мозга. В равной степени это положение может быть отнесено и к детям, страдающим иными соматическими заболеваниями [6].

Включение родителями болезни в качестве значимого компонента в социальную ситуацию развития ведет к социальной дезадаптации. Осознание в семье болезни как имеющегося факта, который не более других проблем

определяет развитие ребенка и подростка, является способом успешной социальной адаптации и компенсации.

Анализ работ, посвященных феномену «выученной беспомощности», показал, что в качестве психологических особенностей выученной беспомощности личности выделяются следующие моменты: изменение мотивации достижения; изменение эмоциональной сферы; изменение когнитивной сферы; изменение волевой сферы. В структуре личностной беспомощности входят мотивационный, когнитивный, эмоциональный и волевой компоненты, которые неразрывно связаны между собой [8, 14, 16, 18, 19, 20, 21].

Говоря о механизмах формирования выученной беспомощности в сочетании с ослабленным здоровьем ребенка, важно учитывать, что качественно иной характер развития соматически больного ребенка во многом обусловлен его личностными особенностями (которые во многом определяются отношением родителей), его субъективными знаниями и ощущениями, имеющимся у больного ребенка эталоном здоровья, а не объективной тяжестью заболевания. Все это определяет своеобразное адаптивное поведение ребенка в ситуации болезни. Болезнь сужает пространство возможной активности человека, создает дефицитные условия для развития его личности, может спровоцировать кризис психического развития, привести к появлению новообразований как нормального, так и патологического типа и тем самым изменить жизненный опыт человека [2, 3, 10, 13, 22].

С целью выявления особенностей формирования выученной беспомощности в онтогенезе, важно учитывать возрастные психологические особенности ребенка на каждом этапе его развития с периода старшего дошкольного возраста, во время которого выученная беспомощность проявляет первые признаки, до старшего подросткового возраста, характеризующимся интенсивным становлением самостоятельности и воли, противостоящим беспомощности как феномену психологической жизни человека.

Старший дошкольный возраст (с 5 до 7 лет) — это период овладения социальным пространством человеческих отношений через общение с близкими взрослыми, а также через игровые и реальные отношения со сверстниками. В старшем дошкольном возрасте, с помощью сюжетно-ролевых игр начинает развиваться волевая сфера: идет развитие произвольности поведения и психических процессов. В ролевой игре ребенок ориентируется на образец действия (эталон), с которым он сравнивает свое поведение, то есть контролирует его. В ходе игры создаются благоприятные условия для возникновения предпосылок произвольного внимания, произвольной памяти, произвольной моторики [1, 2, 6, 7].

Можно сказать, что благодаря началу развития волевого и мотивационного компонента старших дошкольников, идет становление и эмоциональной сферы, то есть эмоциональной саморегуляции поведения, которая не могла бы начать свое формирования без волевого компонента [2, 6, 7].

В старшем дошкольном возрасте закладывается огромная база для дальнейшего развития ребенка. Описывая этот возраст нельзя говорить о становлении волевой, мотивационной, эмоциональной и когнитивной сферах в полной мере, но именно в этот возрастной период идет закладывание основ к их формированию, что особо значимо в рамках изучения выученной беспомощности, которая структурно представлена всеми перечисленными компонентами психологического развития дошкольника [2, 6].

Младший школьный возраст (6-7 — 10-11 лет) — очень ответственный период школьного детства, от полноценного проживания которого зависит уровень интеллекта и личности, желание и умение учиться, уверенность в своих силах. В процессе школьного обучения качественно изменяются, перестраиваются все сферы развития ребенка. Начинается эта перестройка с интенсивного развития когнитивной сферы. Основное направление развития мышления в школьном возрасте — переход от конкретно-образного к словесно-логическому и рассуждающему мышлению. Интеллектуальная рефлексия (способность к осознанию содержания своих действий и их оснований) является новообразованием, знаменующим начало развития теоретического мышления у младших школьников. Теоретическое мышление обнаруживается в ситуации, требующей не столько применения правила, сколько его открытия, конструирования [1, 6, 7].

В процессе обучения изменяются и другие познавательные процессы — внимание, восприятие, память. На первом плане — формирование произвольности этих психических функций, что может происходить либо стихийно, в виде стереотипного приспособления к условиям деятельности учения, либо целенаправленно, как интериоризация особых действий контроля.

Эмоциональная сфера младших школьников характеризуется легкой отзывчивостью на происходящие события и окрашенностью восприятия, воображения, умственной и физической деятельности эмоциями; непосредственностью и откровенностью выражения своих переживаний — радости, печали, страха, удовольствия или неудовольствия; готовностью к аффекту страха. В процессе учебной деятельности страх ребенок переживает как предчувствие неприятностей, неудач, неуверенности в своих силах, невозможность справиться с заданием; школьник ощущает угрозу своему статусу в классе, семье; большой эмоциональной неустойчивостью, частой сменой настроений (на общем фоне жизнерадостности, бодрости, веселости, беззаботности), склонностью к кратковременным и бурным аффектам.

Соответственно, данный период, в силу особой значимости эмоциональной сферы, является сензитивным к формированию выученной беспомощности, так как ребенок оценивает результат своего негативного опыта в значительной степени через призму эмоционального восприятия [2, 5, 6, 7, 17].

Можно сделать вывод, что в младшем школьном возрасте идет закрепление волевой, мотивационной, поведенческой и эмоциональной сферы. И уже на этом возрастном

этапе можно проследить первые явные проявления выученной беспомощности. Если уже в младшем школьном возрасте проявляются нарушения, в какой-либо из сфер, в дальнейшем это может привести к отставанию в учебе, а за тем и к закреплению феномена на личностном уровне [2, 5, 6, 12].

Младший подростковый период – период завершения детства, вырастания из него, переходный от детства к взрослости. Обычно он соотносится с хронологическим возрастом с 10-11 до 14-15 лет. В младшем подростковом возрасте нередко сохраняется склонность к поведенческим реакциям, которые обычно характерны для более ранних этапов развития. К ним относят следующие: реакция отказа, реакция оппозиции, протеста, реакция имитации, реакция компенсации, реакция гиперкомпенсации [1, 6, 12, 17].

Важную роль в обучении имеет мотивационная сфера. Решающее значение для развития теоретического мышления и логической памяти имеет организация и мотивация учебной деятельности в средних классах школы, содержание учебных программ, система методов подачи учебного материала и контроля над его усвоением [12, 17].

В младшем подростковом возрасте активно развивается когнитивная сфера. Младший подростковый возраст характеризуется возрастанием познавательной активности, расширением познавательных интересов. Восприятие становится избирательной, целенаправленной, аналитико-синтетической деятельностью. Качественно улучшаются все основные параметры внимания: объем, устойчивость, интенсивность, возможность распределения и переключения; оно оказывается контролируемым, произвольным процессом. Память внутренне опосредствована логическими операциями; запоминание и воспроизведение приобретают смысловой характер. Увеличивается объем памяти, избирательность и точность мнемической деятельности. Постепенно перестраиваются процессы мышления – оперирование конкретными представлениями сменяется теоретическим мышлением. Теоретическое дискурсивное (рассуждающее) мышление строится на умении оперировать понятиями, сопоставлять их, переходить в ходе размышления от одного суждения к другому. В связи с развитием самостоятельного мышления, переходом к инициативной познавательной активности усиливаются индивидуальные различия в интеллектуальной деятельности [2, 6, 7, 12].

Волевой компонент не менее важен в развитии младшего подросткового возраста. На данном возрастном периоде идет становление, связанное с формированием стратегий или способов преодоления проблем и трудностей. Часть из них складываются еще в детстве для разрешения несложных ситуаций (неудачи, ссоры) и становятся привычными. В подростковом же возрасте они трансформируются, наполняются новым «взрослым смыслом», приобретают черты самостоятельных, собственно личностных решений при столкновении с новыми требованиями [7, 9, 12].

В младшем подростковом возрасте на первый план выходит когнитивная и эмоциональная сферы, они наиболее явно развиваются, и влияют на общее поведение ребенка,

но так же приобретает свои новые преобразования, без которых не смогли бы развиваться другие сферы и сфера мотивационного и волевого компонента [12, 17].

В психологических периодизациях ведущей деятельностью в юности (15-18 лет) признается учебно-профессиональная деятельность. Несмотря на то, что во многих случаях юноша продолжает оставаться школьником, учебная деятельность в старших классах должна приобрести новую направленность и новое содержание, ориентированное на будущее [17].

Характерный уровень когнитивного развития в младшем подростковом и старшем подростковом возрасте – формально-логическое, формально-операциональное мышление. Это абстрактное, теоретическое, гипотетико-дедуктивное мышление, не связанное с конкретными условиями внешней среды, существующими в данный момент. К концу младшего подросткового возраста общие умственные способности уже сформированы, однако на протяжении старшего подросткового они продолжают совершенствоваться. Совершенствуется владение сложными интеллектуальными операциями анализа и синтеза, теоретического обобщения и абстрагирования, аргументирования и доказательства. В дальнейшем интеллектуальное развитие предполагает выход на качественно новый уровень, связанный с развитием творческих способностей и предполагающий не просто усвоение информации, а проявление интеллектуальной инициативы и создание чего-то нового: речь идет о способности увидеть проблему, поставить и переформулировать вопросы, находить нестандартные решения [11].

Общение со своими сверстниками – ведущий тип деятельности в этом возрасте. Именно здесь осваиваются нормы социального поведения, нормы морали, здесь устанавливаются отношения равенства и уважения друг к другу. Если подросток в школе не может найти системы удовлетворяющего его общения, он часто «уходит» из школы, разумеется, чаще психологически, хотя не так уж редко и буквально [2, 5, 6, 7, 17].

Активно развивается в старшем подростковом возрасте эмоциональная сфера. Направленность на будущее, ощущение расцвета физических и интеллектуальных возможностей, открывающихся горизонтов создают у юношей и девушек оптимистическое самочувствие, повышенный жизненный тонус. Эмоциональная сфера в юности становится значительно богаче по содержанию и тоньше по оттенкам переживаний, повышается эмоциональная восприимчивость и способность к сопереживанию [1, 12].

Развитие волевой и мотивационной сферы приобретают более устойчивый характер. Предварительное самоопределение, построение жизненных планов на будущее – центральное психологическое новообразование старшего подросткового возраста [9, 12, 17].

Из всех выше перечисленных положений можно подвести итог, что на протяжении всех возрастных этапов идет становление мотивационной, волевой, эмоциональной и когнитивной сфер. Если в старшем дошкольном и младшем

школьном можно говорить о закладывании этих сфер, то в младшем и старшем подростковом возрасте можно говорить уже о формировании и становлении. Нарушение хотя бы одной из сфер на любом возрастном этапе может привести к неблагоприятному исходу [2, 5, 6, 7, 12, 17].

Теоретико-практический анализ специфики возрастных особенностей перечисленных категорий детей позволил обобщить и систематизировать с позиции онтогенетического подхода те из них, которые могут способствовать выявлению, диагностике и изучению механизмов формирования выученной беспомощности на протяжении всего периода развития ребенка. Среди факторов, способствующих развитию выученной беспомощности ребенка с ослабленным здоровьем, одним из наиболее значимых является специфика детско-родительских отношений. Образуя сущность ближайшего социального окружения ребенка, родители в большей степени, чем прочие взрослые детерминируют или превентивуют возникновение выученной беспомощности.

С развитием и ростом соматически больного ребенка мать не увеличивает необходимую дистанцию между ним и собою, не меняет восприятие ребенка, продолжает применять уже привычные, нефлексибельные приемы и методы воспитания, инфантилизировать его, лишать самостоятельности, предъявлять к ребенку сниженные требования, принимать за него решения. Тем самым мать снижает уровень мотивации к достижению положительного результата деятельности, что может привести к негативным последствиям в развитии волевой составляющей личности ребенка. Данное явление нередко наблюдается в семьях с часто болеющими детьми, так как психологически инфантильный ребенок, оказываясь в определенных обстоятельствах, требующих самостоятельного решения и ответственности (ситуация характерная для школьного обучения) без матери, испытывает значительные трудности. Соответственно, вновь срабатывают защитные механизмы психики – бегство в болезнь [2, 3, 4, 9, 10, 13, 15].

Многие психологические исследования касаются таких аспектов детско-родительских отношений, как стили материнского отношения, исследования явлений «материнской депривации» и ее последствий для ребенка, влияние на ребенка взаимоотношений супругов, взаимосвязь личностных черт родителей и детей, социально-психолого-педагогическая диагностика семьи и влияние традиций и обычаев на характер взаимодействия родителей и детей [2, 3, 4].

Медицинская наука, в свою очередь, исследует особенности психокоррекции детско-родительских отношений, трудности во взаимодействии и общении с детьми и социально-психологические проблемы в семьях, имеющих больного члена семьи. Соматическая болезнь ведет к нарушению нормального взаимодействия в семье и является способом избегания конфликта, она становится способом коммуникации и сохраняет равновесие семьи. Ребенок может участвовать в дисфункциональных процессах семьи, когда он «используется» для разрешения

внутри супружеского конфликта: они сосредоточиваются на его симптомах, их отношения урегулируются и они «обходят» имеющиеся проблемы и конфликты [2, 3].

С появлением у ребенка соматической симптоматики начинается процесс взаимодействия семьи с этой проблемой, то есть соматическое заболевание влияет непосредственно на развитие детско-родительских отношений. В связи с тем, что соматическое заболевание часто развивается у ребенка в раннем возрасте или является врожденным, устранить его влияние или изменить родительское отношение достаточно трудно. В семьях, имеющих больного ребенка, нарушается психологическая система взаимоотношений, результатом чего является ее дефицитность, которая проявляется в проблемах в отношениях с матерью, вытеснении отца из психологической жизни семьи, и как следствие, нарушение нормального формирования личности ребенка.

Анализ факторов, влияющих на отношение родителей к соматической болезни ребенка, позволяет выделить среди них следующие: невысокий уровень собственного здоровья; широкая информированность населения об опасностях тех или иных заболеваний, в результате которой родители испытывают постоянный страх за детей и проявляют в отношениях с ними тенденцию к гиперопеке; убежденность родителей в своих знаниях или незнаниях о конкретной болезни или детских болезнях вообще. В зависимости от этого, одни родители занимаются «самолечением», другие корректируют назначения врачей по своему усмотрению, третьи сводят воспитательный процесс к постоянному обследованию ребенка «узкими специалистами».

Клинические наблюдения показывают, что дезорганизация в семье способна стать причиной появления соматических жалоб, может провоцировать обострение хронических заболеваний, отягощать их течение, способна снизить эффективность усилий медицинских работников улучшить состояние больного ребенка.

В ситуации развития ребенка с ослабленным здоровьем имеют места два специфических фактора: патологический, связанный с частыми нарушениями функций дыхания, общей астенизацией и гиподинамией ребенка, и материнский, фиксирующий внимание ребенка на его слабости, болезненности, невозможности делать то, что делают другие дети. Формирующиеся образы – «природное» и «культурное» тела – являются основой самоидентичности ребенка и его начинающей формироваться системы отношений, в том числе и познавательной позиции по отношению к окружающему миру [2, 3, 4, 10, 13, 15].

В деятельности учеников и дошкольников это приводит к снижению активности, неуверенности в себе, уходу от проблемных ситуаций, отсутствию инициативы в деятельности, избеганию ответственности за свое поведение, а так же к снижению учебной успеваемости [2, 3, 4, 5, 12, 13, 22].

Общий анализ приведенных исследований подтверждает существование целой системы взаимозависимостей и динамики взаимодействия родителей и ребенка, находящейся в тесной связи с контекстом конкретной жизненной

ситуации. Отношение родителей к детям постоянно меняется под влиянием тех или иных доминирующих факторов, приобретая черты то одного, то другого стиля родительского отношения.

Кроме того, клинические, клинико-психологические и педагогические исследования указывают на то, что соматическая болезнь является кризисной ситуацией для ребенка и его семьи. С появлением у ребенка соматической симптоматики начинается процесс взаимодействия семьи с этой проблемой, то есть соматическое заболевание влияет непосредственно на развитие детско-родительских отношений.

В связи с тем, что соматическое заболевание часто развивается у ребенка в раннем возрасте или является врожденным, устранить его влияние или изменить родительское отношение достаточно трудно. В семьях, имеющих больного ребенка, нарушается психологическая система взаимоотношений, результатом чего является ее дефицитность, которая касается проблем в отношениях с матерью, ограничении отца в непосредственном участии в жизни семьи и, как следствие, нарушение нормального формирования личности ребенка. Клинические наблюдения показывают, что психологическая дезорганизация в семье может стать причиной появления соматических жалоб, спровоцировать обострение хронических заболеваний, отягощать их течение, снизить эффективность лечения и потенциальную возможность улучшить состояние больного ребенка.

Литература

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология. — М.: Издательский центр «Академия», 1999. — 672 с.
2. Альбицкий В. Ю., Баранов А. А. Часто болеющие дети: клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов, 1986. — 183 с.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: пер. с англ. — М., 1999. — 373 с.
4. Варга А. Я. Роль родительского отношения в стабилизации детской невротической реакции // Вестник МГУ. Серия «Психология». — 1985. — № 4. — С. 32-37.
5. Веденеева Е.В. Взаимосвязь мотивационного компонента личностной беспомощности и ведущей деятельности на разных возрастных этапах // Вестник Томского государственного университета. — 2009. — № 322. — С. 186-189.
6. Выготский Л. С. Развитие личности и мировоззрение ребёнка // Психология личности. Тексты. — М.: Педагогика, 1982. — Т. 5. — 224 с.
7. Гарбузов В. И. От младенчества до отрочества — Л.: Интерполиграфцентр, 1991. — 188 с.
8. Давыдова Е.С. К вопросу исследования особенностей структуры беспомощности-самостоятельности в младшем школьном возрасте с разной степенью ее выраженности // Материалы общероссийской электронной научной конференции на основе Интернет-форума. — Красноярск, 2009. — e-conf.nkras.ru/konferencii/ 2009/Davydova. pdf.
9. Джеймс У. Научные основы психологии. — Минск: Харвест, 2003. — 528 с.
10. Дружинин В. Н. Психология семьи. — М.: «КСП», 1996. — 160 с.
11. Еникеев М.И. Психологический энциклопедический словарь. — М.: ТК Велби, Изд-во «Проспект», 2006. — 560 с.
12. Забелина Е.В. Коммуникативная активность и беспомощность подростков: результаты формирующего эксперимента // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. — 2008. — № 5. — С. 170-173
13. Иванов В.И. Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений // Вестник МГУ. — 1993. — № 1. — С. 31-38.
14. Селигман М. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни. — М.: София, 2006. — 368 с.
15. Столин В. В. Семья как объект психологической диагностики // Семья и формирование личности. — М.: МГУ, 1981. — С. 26-38.
16. Циринг Д.А. Психология выученной беспомощности: учебное пособие. — М.: Академия, 2005. — 120 с.
17. Яковлева Ю.В. Феномен самостоятельности (на материале юношеского возраста) // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. — 2008. — № 5. — С. 161-165.
18. Dweck C., Davidson W., Nelson S., Bradley E. Sex differences in learned helplessness: The contingencies of evaluative feedback in the classroom and An Experimental Analysis // Developmental Psychology. — 1978. — Vol.14, №3. — P. 268-276.
19. Fincham F. D., Cain K. M. Learned helplessness in humans: A developmental analysis // Developmental Review — 1986. — Vol.6, №4. — P. 301-333.
20. Haracz J. Learned helplessness: An experimental model of DST in rats // Biological Psychiatry. — 1988. — Vol. 23. — P. 388-396.
21. Hiroto D. Locus of control and learned helplessness // Journal of Experimental Psychology. — 1974. — Vol. 102. — P. 187-193.
22. Seligman M.E.P. Helplessness: On depression, development, and death — San Francisco: Freeman, 1977. — 474 p.

References

1. Abramova G.S. Age-related Psychology. — Moscow: Publishing Center «Academy», 1999. — 672 p.
2. Albitskiy V.Yu., Baranov A.A. Frequently ailing children: clinical and social aspects. Ways of improvement. — Saratov, 1986. — 183 p.
3. Broytigam V., Christian P., Rad M. Psychosomatic Medicine: Tr. from English. — M., 1999. — 373 p.
4. Varga A. Ya. Role of parental attitudes to stabilize child neurotic reaction // Vestnik MGU. Series «Psychology». — 1985. — № 4. — P. 32-37.
5. Vedeneyeva E.V. Relationship of motivational component of personal powerlessness and leading activities on different age stages // Bulletin of the Tomsk State University. — 2009. — № 322. — P. 186-189.
6. Vygotskiy L.S. Development of personality and attitude of the child // Personality Psychology. Texts. — M.: Education, 1982. — Vol. 5. — 224 p.

7. Garbuzov V.I. From infancy to adolescence. – L.: Interpoligraftcentr, 1991. – 188 p.
8. Davydova E.S. To the question of the study the structural features of helplessness-independence in the early school years, with varying degrees of its severity // Abstracts of the All-Russian Scientific Conference on e-based Internet forum. – Krasnoyarsk, 2009. – E-conf.nkras.ru/konferencii/2009 / Davydova. pdf.
9. James W. Scientific foundations of psychology. – Minsk: Harvest, 2003. – 528 p.
10. Druzhinin V.N. Family Psychology. – М.: «KSP», 1996. – 160 p.
11. Enikeev M.I. Psychological Encyclopedic Dictionary. – М.: TK Welby, Pub. «Prospect», 2006. – 560 p.
12. Zabelina E.V. Communicative activity and helplessness of adolescents: results of a formative experiment // Bulletin of the Kostroma State University named after N.A. Nekrasov. – 2008. – № 5. – P. 170-173.
13. Ivanov V.I. The meaning of the disease in the context of family relationships // Vestnik MGU. – 1993. – № 1. – P. 31-38.
14. Seligman M. New Positive Psychology: Scientific opinion on the meaning of life and happiness. – М.: Sofia, 2006. – 368 p.
15. Stolin V.V. A family as an object of psychological diagnosis // Family and personality formation. – Moscow: Moscow State University, 1981. – P. 26-38.
16. Ziering D.A. Psychology of learned helplessness: a tutorial. – Moscow: Academy, 2005. – 120 p.
17. Yakovleva Yu.V. The phenomenon of self-sufficiency (based on data of adolescence) // Bulletin of the Kostroma State University named after N.A. Nekrasov. – 2008. – № 5. – P. 161-165.
18. Dweck C., Davidson W., Nelson S., Bradley E. Sex differences in learned helplessness: The contingencies of evaluative feedback in the classroom and An Experimental Analysis // Developmental Psychology. – 1978. – Vol. 14, № 3. – P. 268-276.
19. Fincham F. D., Cain K. M. Learned helplessness in humans: A developmental analysis // Developmental Review – 1986. – Vol.6, № 4. – P. 301-333.
20. Haracz J. Learned helplessness: An experimental model of DST in rats // Biological Psychiatry. – 1988. – Vol. 23. – P. 388-396.
21. Hiroto D. Locus of control and learned helplessness // Journal of Experimental Psychology. – 1974. – Vol.102. – P. 187-193.
22. Seligman M.E.P. Helplessness: On depression, development, and death – San Francisco: Freeman, 1977. – 474 p.

Сведения об авторах

Волкова Олеся Владимировна – кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии и педагогики с курсом медицинской психологии, психотерапии и педагогики ПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел.: 8(391) 2201962; e-mail: olesyavl.volkova@mail.ru.

Вузовская педагогика



© ЗОРИНА Е. В., КАСКАЕВА Д. С., МУДРОВА Л. А., МАНУХИНА Е. А.
УДК 378.147.88

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА

Е. В. Зорина, Д. С. Каскаева, Л. А. Мудрова, Е. А. Манухина

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения РФ, ректор – д. м. н., проф. И. П. Артюхов.; кафедра поликлинической терапии,
семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО, зав. – д. м. н., проф. М. М. Петрова; кафедра сестринского дела
и клинического ухода, зав. – к. м. н., доцент Ж. Е. Турчина.

Цель исследования. Проанализировать попытку внедрения портфолио в медицинском вузе в качестве эффективного развивающего средства обучения практическим навыкам, позволяющего в перспективе осуществлять мониторинг развития ключевых компетенций студентов-медиков.

Материалы и методы. Итоговое портфолио.

Результаты. Итоговое портфолио по летней производственной практике «помощник младшего медицинского персонала», даёт представление о месте прохождения практики, количестве усвоенных манипуляций, отношении студента к своей профессиональной деятельности.

Заключение. Преимуществом применения технологии портфолио является использование его как инструмента определения качества и количества освоения практических манипуляций в деятельности студентов.

Ключевые слова: портфолио, производственная практика, студенты, алгоритм навыка.