

С. А. Станибула

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О КРИЗИСАХ У СПОРТСМЕНОВ

Статья посвящена изучению особенностей представлений о кризисах у спортсменов. Рассмотрена и дана содержательная характеристика понятия «кризис». В результате эмпирического исследования выявлены особенности представлений о кризисе у спортсменов

Кризисы развития (от греч. krisis – решение, поворотный пункт) – это особые, относительно непродолжительные по времени периоды перехода в личностном развитии к новому качественно специфическому этапу, характеризующиеся значительными психологическими изменениями. Они обусловлены, прежде всего, разрушением привычной социальной ситуации развития и возникновением другой, которая более соответствует новому уровню психологического развития человека. Исследователи отмечают, что кризис – это критический момент и поворотный пункт жизненного пути [1; 2]. Так же можно рассмотреть тенденцию понимания кризиса как некоего трансформационного события, меняющего спектр восприятия личности окружающего мира. В частности, Л. А. Пергаменщик определяет кризис как «ситуацию эмоционального и умственного стресса, требующую от человека значительного изменения представлений о мире и о себе за короткий промежуток времени» [3, с.9].

Рассматривая основные работы отечественных и зарубежных исследователей в области спортивной психологии, мы выделяем соответственно кризисную ситуацию и кризисы спортивной карьеры. Загайнов Р. М под кризисной ситуацией понимал особую и исключительную ситуацию затрудненности выполнения деятельности, специфические условия которой отражаются во внутреннем мире спортсмена в форме значимых переживаний, для трансформации (коррекции) которых, как и для коррекции поведения в целом, необходима профессиональная психологическая помощь (поддержка) извне, от других людей [4]. Говоря о кризисах спортивной карьеры, Стамбулова Н. Б понимала под ними предсказуемые переходные фазы от одного этапа спортивной карьеры к другому, связанных с возникновением новых противоречий, преодоление которых имеет решающее значение для успешного продолжения спортивной карьеры в целом [5]. В результате сущностно-методологического обоснования Стамбулова Н.Б выделяет следующие кризисы спортивной карьеры:

- 1) кризис начала спортивной специализации;
- 2) кризис перехода к углубленной тренировке в избранном виде спорта;
- 3) кризис перехода из массового спорта в спорт высших достижений;
- 4) кризис перехода из юношеского спорта во взрослый спорт;
- 5) кризис перехода из любительского спорта высших достижений в профессиональный спорт;
- 6) кризис перехода от кульминации к финишу СК;
- 7) кризис завершения СК и перехода к другой карьере [5].

Успех психокоррекционных мероприятий, как правило, зависит от специфики восприятия кризисного события. Следовательно, изучая особенности представлений, мы получаем достаточно эффективный инструментарий как минимум для выбора коррекционной стратегии психологического сопровождения спортсменов.

Целью нашего исследования было изучение особенностей представления о кризисах у спортсменов.

Выборка: в исследовании приняло участие 70 человек: из них 35 человек, активно занимающихся спортом, и 35 – не занятые спортивной деятельностью. В исследуемой группе 30 составили девушки; 40 – парни в возрасте 17–21 лет.

Проблема исследования заключается в недостаточных данных о представлениях, о кризисах у спортсменов.

Метод исследования – нарративное интервью. Испытуемым предлагалось написать эссе, в котором нужно отразить их понимание кризиса.

Результаты исследования. На основе категориального подхода обработки и анализа материала выделены следующие смысловые категории:

- отрицание кризисов;
- отсутствие перспектив и возможностей развития;
- финансовые проблемы и проблемы руководства;
- потеря здоровья;
- проблемы взаимоотношений.

В результате сравнительного анализа полученных данных (см. рисунок 1,2) мы обнаружили, что только 14,3 % спортсменов отрицают наличие кризиса. Для спортсменов основным является отсутствие перспектив и возможностей развития для людей не занятых в спорте основным аспектом представления о кризисах является проблемы взаимоотношений. Существенные различия обнаружены по категории потеря здоровья, если у спортсменов результат 31,43%, то у испытуемых не занятых в спорте 11,23 %.

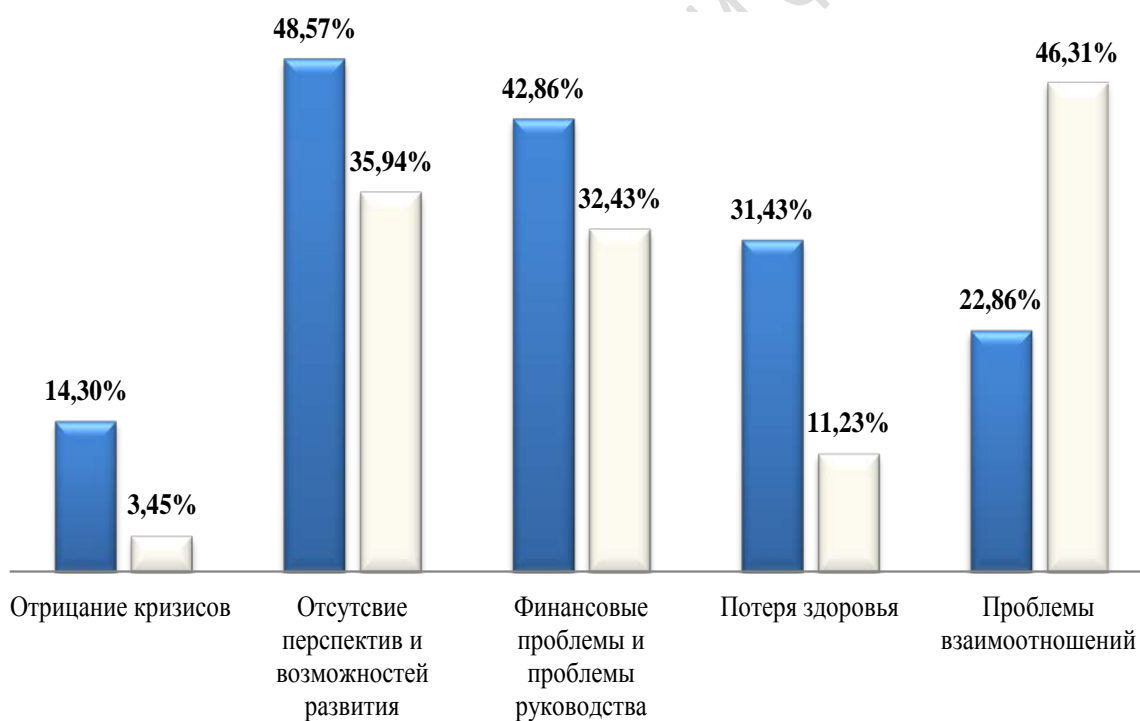


Рисунок 1 – Результаты анализа представлений испытуемых – спортсменов

Таким образом, специфика представлений спортсменов о кризисах существенно отличается по всем категориям, представленным в результате исследования. Полученные результаты будут полезны, прежде всего, психологу при осуществлении психокоррекционных мероприятий при психологическом сопровождении спортсменов.

Литература

1. Выготский, Л. С. Педагогическая психология / под ред. В. В. Давыдова. – М. : Из-во: Педагогика, 1991. – 480 с.

2. Василюк, Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Ф. Е. Василюк. – М. : Издательство Московского университета, 1984. – 200 с.

3. Пергаменщик, Л. А. Кризисная психология : учеб. пособие / Л. А. Пергаменщик. – Минск : Выш. шк, 2004. – 239 с.

4. Загайнов Р. М. Психолого-педагогические основы преодоления кризисных ситуаций (на материале спортивной деятельности). – Автореф. дис. д.п.н. – СПб. – 1992.

5. Стамбулова, Н. Б. Кризисы спортивной карьеры / Н. Б. Стамбулова // Теория и практика физической культуры. – 1997. – № 10. – С. 13–17.

УДК 159.9:616-006-056.2

А. С. Струговец

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Статья посвящена вопросу важности учета психологического аспекта при организации реабилитации людей с онкологическими заболеваниями. Рассмотрены психологические особенности онкологических больных на разных этапах заболевания. Особое внимание обращено на трудности при осуществлении психологической реабилитации больных злокачественными новообразованиями. Сделан вывод о необходимости комплексного подхода к решению проблем реабилитации онкологических больных, повышения качества их жизни.

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), онкологическая заболеваемость во всем мире возрастет за период с 1999 по 2050 г. с 10 до 24 млн. случаев, а смертность – с 6 до 16 млн. регистрируемых случаев [1].

По данным Белорусского канцер-регистра, в Республике Беларусь наблюдается рост онкологической заболеваемости. С 1996 г. ежегодно выявляется свыше 30 тыс. случаев заболеваний злокачественными новообразованиями (1996 г. – 31540 случаев, 2006 г. – 38970). В 2007 году этот порог превысил 40 тыс. случаев заболеваний злокачественными новообразованиями (2007 г. – 41210, 2010 г. – 45750 случаев) [2].

Н. А. Русина отмечает: «Рак – это не просто болезнь, это образ жизни и особое смысловое пространство» [3, с. 89]. Изучая качество жизни больных, недостаточно оценивать только степень сохранности физических функций и способность к активности. Социально-психологические аспекты качества жизни не менее важны, но нередко остаются на втором плане. У большинства больных удаление опухолевого очага достигается путем операции и других агрессивных методов лечения, что приводит не только к функциональным нарушениям, связанным с потерей органа или его части, но и к глубоким эмоциональным расстройствам, тормозящим процесс адаптации и социализации.

В последнее время особое значение приобретает проблема качества жизни больных онкологическими заболеваниями и возможности их реабилитации. Сейчас стало ясно, что без учета психологических факторов арсенал современных методов диагностики и лечения злокачественных опухолей часто не может эффективно использоваться. К тому же в отношении значительного контингента больных по объективным причинам нельзя реализовать программы радикального лечения.

Психологический аспект (влияние заболевания на психологический статус больного и его семьи, взаимоотношения с близкими, самовосприятие от нормы к патологии, психологическая реабилитация) изучали: Барчук А. С., Беляев Д. Г., Великолуг А. Н.,

Великолуг Т. И., Ганцев Ш. Х., Гнездилов А. В., Демин Е. В., Зотов П. Б., Куликов Е. П., Менделевич В. Д., Николаева В. В., Новиков Г. А., Припутин А. С., Пушкова Э. С., Рахматулин А. Г., Савин А. И., Усманский С. М., Юлдашев В. Л. и др.

Так, А.В. Гнездилов описал следующие этапы заболевания: 1) диагностический, 2) этап поступления в стационар, 3) предоперационный, 4) постоперационный, 5) этап выписки, 6) катамнестический этап [4, с. 23]. Для каждого из этапов характерны определенные психологические особенности онкологических больных. На первом этапе, например, часто встречается тревожно-депрессивный синдром: общее беспокойство, выраженная тревога, иногда страх, чувство полной безнадежности, бесперспективности существования, мысли о неизбежной скорой и мучительной смерти. На втором месте – тоскливо-злобное настроение больных, иногда беспричинные вспышки ярости, гнева (иногда с агрессией), за которыми скрываются часто тревога и страх.

После помещения в стационар интенсивность переживаний несколько снижается. Перед операцией, из-за мыслей о возможной гибели во время нее, доминирует страх в рамках тревожно-депрессивного синдрома, переживания интенсифицируются. После операции выраженность негативных переживаний больных резко снижается и на первый план выходит астеноипохондрический синдром. Наконец, покинув клинику, около двух третей пациентов проявляют стремление к самоизоляции, негативно относятся к привычным ранее развлечениям, избегают ситуаций, связанных с интенсивными эмоциональными переживаниями, утрачивают интерес к внутрисемейным делам. Переживания носят депрессивную окраску в связи с самим заболеванием и его последствиями. Особенно это касается интимной сферы.

В каждом конкретном случае на переживания и отношение к болезни, на ее течение влияют многие психологические факторы, поэтому у психолога могут быть различные цели психодиагностической, психокоррекционной и психотерапевтической работы. Например, для адаптации больных очень важна поддержка со стороны семьи, особенно при наличии у них серьезных психологических проблем. Хорошо, если семья оказывается сплоченной и сама справляется с трудностями.

В то же время существуют трудности при осуществлении психологической реабилитации людей с онкологическими заболеваниями, напрямую не связанные с особенностями личности пациента: стационары не располагают профессионально подготовленными кадрами для проведения психологической реабилитации больных. Практически вся ответственность за проведение реабилитации ложится на лечащих врачей, что значительно увеличивает нагрузку. Это не может не сказываться на качестве работы и состоянии здоровья персонала. Так же стационары не располагают достаточной материальной базой и трудовыми ресурсами для проведения комплекса реабилитационных мероприятий. Это станет возможно только после введения в штат специалистов, которые могли бы оказывать профессиональную помощь больным и снимать эту часть работы с лечащих врачей.

Кроме того, есть сведения о том, что иногда выводы об эффективности оказанной психологической помощи онкологическим больным преувеличиваются или искажаются [5]. Серьезной проблемой оказывается часто мотивация онкологических больных к участию в психокоррекционных и психотерапевтических занятиях.

Важным социально значимым звеном в сложившейся ситуации в процессе социальной и психологической реабилитации онкологических больных могут стать общественные организации. В настоящее время в Республике Беларусь функционирует единственная некоммерческая организация онкопомощи пациентам и их семьям – «Меридиан надежды» (г. Гомель).

Хосписы могут служить моделью для формирования адекватного отношения к онкологическим больным. Принципы хосписного движения направлены на создание не столько количественной стороны, сколько качества жизни.

Одним из самых важных адаптационных фактором для больного является его семья, внутрисемейная поддержка, что, при ее наличии, способствует ускорению процесса адаптации и снижает вероятность возникновения рецидива.

Несмотря на то, что работа психолога с онкологическими больными очень трудна, помощь их и необходима, и возможна, если квалификация психолога высока и если при разработке приемов психологического воздействия он учитывает специфику болезни и весь сложный комплекс факторов, влияющих на ее переживание.

Таким образом, необходим комплексный подход к решению проблем реабилитации онкологических больных, повышения качества их жизни, в который будут включены медицинские работники, психологи, семья, общественные организации, хосписы и государство.

Литература

- 1 World Cancer Report. – Lyon: I.A.R.C. Press, 2003. – 352 p.
- 2 Антипова, С. И. Возрастной риск онкозаболеваемости в Беларуси / С. И. Антипова, В. В. Антипов, Н. Г. Шебеко // Медицинские новости. – 2012. – № 9. – С. 15–21.
- 3 Русина, Н. А. Психосоциальный подход к диагностике и коррекции онкологических заболеваний / Н.А. Русина // Социальная психология: Практика. Теория. Эксперимент Практика. – 2000. – С. 88–91.
- 4 Гнездилов, А. В. Путь на голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе / А. В. Гнездилов. – СПб.: АОЗТ ФИРМА «КЛИНТ», 1995. –148 с.
- 5 Linden, W. Psychological treatment outcomes for cancer patients: what do meta-analyses tell us about distress reduction? / W. Linden, A. Girgis // Psycho-Oncology. – 2012. – № 21. – P. 343–350.

УДК 821.111(73)-32*О. Генри:821.161.1-32*М. Зоценко

О. А. Суглобова

ИРОНИЯ У О. ГЕНРИ И М. ЗОЩЕНКО: СРАВНИТЕЛЬНО-СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Целью данной статьи является определение роли иронии как средства создания комического в рассказах О. Генри и М. Зоценко. В ходе рассмотрения данного вопроса было выявлено, что для рассказов М. Зоценко более характерной является вербальная ирония, в то время как в рассказах О. Генри мы одинаково часто встречаем как вербальную, так и ситуационную иронию.

Ирония – это стилистический прием, посредством которого в каком-либо слове появляется взаимодействие двух типов лексических значений: предметно-логического и контекстуального, основанного на отношении противоположности (противоречивости) [1, с. 133]. Ирония как средство создания комического часто встречается в произведениях как англоязычных, так и русскоязычных авторов. Интересным является то, что используя один и тот же прием по-разному и англоязычные, и русскоязычные писатели добиваются достижения единого комического эффекта.