

нентов: первый – теоретический компонент – знания в области избранной профессии, позволяющие понять структуру и принцип функционирования модели производства, обеспечивающие формирование основы технического мышления. Второй – знания, умения применения технических устройств и инструментария, используемых для автоматизации интеллектуального труда. Третий программный компонент – знания, умения, развивающие способность к проектированию; навыки конструирования, способы реализации знаниевого потенциала в конкретной области знаний.

В условиях социально-профильного обучения возможно и необходимо реализовать интеллектуальный потенциал школьника для его социального развития и воспитания.

Формирование у школьников мотивации к познавательной деятельности осуществляется в результате:

- организации условий социально-профильного обучения с учётом психологических, эмоциональных и возрастных особенностей развития обучающихся;

- дифференцирования содержания обучения с учётом профиля учебного заведения;

- выявления и реализации скрытого дидактического потенциала производственных процессов;

- применения компьютерных систем в качестве дидактического инструмента;

- формирования умений и выработки навыков применения знаниевой основы как инструмента познания.

Как показывает практика, в условиях социально-профильного обучения обеспечивается направленность содержания обучения на формирование конкретных профессионально и социально значимых качеств личности. При этом социально-профильное обучение в школе обеспечивает дифференциацию обучения, которая способствует самоопределению школьника в выборе будущей знаниевой основы (гуманитарное, естественно-научное, политехническое). Применение в социально-профильном обучении компьютерно-информационных технологий (и компьютерных систем в частности) должно осуществляться на основе синтезированного содержания общих и профильных учебных предметов. Это обеспечит формирование у школьников мотивации к самостоятельной познавательной деятельности, адаптацию личности школьника к социальной среде.

Объём статьи не позволяет нам рассказать обо всех вариантах решения проблемы, однако изложенные тезисы дают возможность осветить промежуточные результаты проведённой работы, определить направления для научных исследований по формированию мотивации к познавательной деятельности у учащихся средней общеобразовательной школы в условиях социально-профильного обучения.

Паламарчук В.В., президент
Ассоциация практикующих психологов РК

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИИ СЛУЧАЕВ ГЭМБЛИНГА (ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ) С ПОМОЩЬЮ НЛП

На сегодняшний день в мире сложилась следующая ситуация с азартными играми. Во многих мусульманских странах они запрещены законом. В западной Европе, напро-

тив, получили широкое распространение. В Великобритании, например, в результате популярности игровых автоматов ещё в конце 70-х годов резко снизилась посещаемость кино-

театров в маленьких городах и возникла необходимость их закрытия. Первое место в мире по распространению азартных игр принадлежит США, где игорный бизнес приносит в казну 25 млрд. дол и обеспечивает пятьсот тысяч рабочих мест! Более 20 млн. американцев играют в азартные игры. По числу игровых автоматов на душу населения в Европе лидирует Испания – 62 автомата на 10000 населения, в Великобритании этот показатель 51. Для сравнения: в России – 3. В развитых странах в той или иной форме в азартные игры играет по некоторым данным от 3% (Дания) до 10% (США). По данным исследования, проведенного в Канаде, 3,7% населения становятся патологическими игроками. На примере казино, открытого в Онтарио в 1993 г выяснилось, что число лиц с патологической тягой к азартным играм (гэмблинг) не увеличилось за всё время, хотя 82% жителей хотя бы один раз посетили это казино. По другим данным гэмблинг формируется у 1,5% населения.

В связи с этим многие исследователи считают азартные игры серьезной социальной проблемой, представляющей угрозу для части населения. В Казахстане в связи с бурным ростом игровой индустрии всё большее число людей можно отнести к категории лиц со сформировавшейся игровой зависимостью от легкой степени до лудомании с признаками психических расстройств. Таким образом, становится актуальным вопрос оказания помощи таким пациентам. На стыке психологии, медицины, социологии и других наук в последнее десятилетие сформировалась аддиктология – наука, изучающая зависимое поведение. В настоящее время основной упор в ней в вопросах оказания помощи делается на медицину. В общих и специальных публикациях так и пишется: «лечение игровой зависимости». В качестве средств врачами используются нейро-

лептики, транквилизаторы и даже электросудорожная терапия. [1]

Считаю, что вмешательство психиатров обосновано лишь в некоторых случаях, например, у лиц, страдающих психозами. У психически здоровых людей оно нецелесообразно. Многие психиатры сами признают низкую эффективность медицинского подхода. «В отечественной медицине наибольшее распространение получил способ лечения патологического влечения к азартным играм, включающий фармакотерапию: нейролептики в сочетании с транквилизаторами и нейрометаболическими средствами, карбамазепином, а также групповую и семейную психотерапию и социотерапию. Данный терапевтический подход осуществляется в течение 4-12 недель в условиях стационара и далее – амбулаторно до 6-12 мес.

Общим для предложенных методов является их большая длительность, однако, как показывает практика, больные игровой зависимостью не удерживаются в длительных лечебных программах. Низкая эффективность лечения игровой зависимости методами, как изолированной психотерапии, так и в сочетании с психофармакотерапией обусловлена недостаточной их способностью подавлять синдром патологического влечения к азартным играм. Его периодическое обострение, как ситуационно обусловленное (например, когда больной проходит мимо салона игровых автоматов), так и спонтанное чаще всего ведет к рецидиву игры и прерыванию курса лечения» [1]. При этом о наличии психологических методов оказания помощи таким пациентам в открытой печати умалчивается, а в аддиктологии им уделяется мало внимания.

Вместе с тем, на сегодняшний день в практической психологии есть простые приёмы и техники, позволяющие определённой категории пациентов с игровой зависимостью оказывать эффективную помощь. Причем

краткосрочно, без применения психотропных препаратов или вовлечения их в длительные психотерапевтические программы. Возможно, психокоррекционные подходы не получили широкого распространения вследствие отсутствия у психологов научно обоснованных концепций оказания помощи таким пациентам. На протяжении ряда лет в работе с адиптивным поведением пациентов я опираюсь на теорию функциональных систем Анохина П.К., как наиболее полную научнообоснованную теорию поведения. Данная статья не ставит целью раскрытия механизма формирования игровой зависимости с позиции ТФС, отмечу только, что психокоррекционное воздействие начинается мною со стадии афферентного синтеза. [2] Описывая проделанную работу в рамках практической (прикладной) психологии, можно сказать, что в приведённых ниже примерах работы с пациентами можно выделить два важных этапа.

1. а) Осознание мотива (потребности, намерения) влечения к игре, б) нахождение способа другого поведения, удовлетворяющего потребность в игре и устраивающего пациента, в) формирование новой программы поведения для удовлетворения осознанной потребности.

Эта работа проводилась с помощью техники НЛП «шестишаговый рефрейминг» [5] С позиции НЛП любое поведение имеет положительное намерение – так называемую «вторичную выгоду», – то есть направлено на удовлетворение той или иной потребности. Задача специалиста – помочь пациенту осознать эту потребность и найти другой способ её удовлетворения. Новое поведение должно быть сформировано самим пациентом в ходе выполнения техники и полностью удовлетворять его как личность с учётом его опыта. Для этого делается «экологическая проверка». Затем формируются новые поведенческие сте-

реотипы. Это достигается максимально достоверным «проживанием» всеми репрезентативными системами этого нового поведения в тех ситуациях, которые раньше запускали у пациента программу игры.

2. Другой этап работы был посвящён изменению стратегии принятия решения играть, «структуры» игровой зависимости.

Под стратегией в НЛП понимается последовательность репрезентативных систем, используемых в процессе принятия решения и для достижения необходимого результата. Прежде чем совершать или не совершать то или иное действие, человек в сознании проделает определённую ментальную работу: видит какие-то образы, испытывает какие-то ощущения и т.д. Последовательность и структура репрезентаций не просто сопровождают поведение. Они определяют его! От того, какие репрезентации и в какой последовательности выстраивает человек при принятии того или иного решения, зависит, будет оно принято или нет.

Например, выявленная мной стратегия и структура игровой зависимости первого пациента оказалась следующей. Он видит внутренний образ человека, кому должен вернуть деньги. Этот образ вызывает «плохое чувство». Затем, как способ избавиться от этого чувства, появляется внутренний зрительный образ игрового автомата. После этого возникает сильное желание играть, и он идёт играть.

Задача состояла в том, чтобы в ответ на прежний стимул, образ человека, которому должен, у пациента возникла новая реакция, новое более экологичное ощущение. Заменить «плохое чувство» необходимым ресурсным состоянием.

По меткому выражению Стива Андреаса, «всё НЛП предполагает доступ к переживаниям и изменение их последовательности. Одно очень широкое общее определение работы

по изменению таково: вы начинаете с проблемного состояния, а потом идентифицируете соответствующее ресурсное состояние и получаете к нему доступ. В конце концов, вы внедряете ресурсное состояние так, что оно включается в ответ на те же сигналы, которые прежде включали проблемное состояние». [3] Для изменения структуры и стратегии игровой зависимости мною была применена техника «изменение личностной истории».

Первый пациент. 21 год. Пришёл на прием с мамой. Четыре месяца назад увлекся билиардом, затем переключился на рулетку. Стал занимать деньги. Задолжал более 9000 дол. США. Рассказал родителям, и они стали отдавать долги. На момент обращения за помощью осталось вернуть 2000 дол. США. Со слов мамы, уже нашли способ погашения долга: продают квартиру бабушки. Пациент согласен с этим решением. Три месяца назад по настоянию родителей женился, но продолжает играть. Со слов, днём появляются навязчивые мысли об игре и сильное желание. Играет каждый день. Если нет денег, просто так сидит и смотрит, как играют другие. Играет в двух зданиях: гостинице «Целинная» и ресторане «Астория». Не работает. Любит свою маму и жену. Переживает и сожалеет о том, что с ним происходит. Со слов, есть желание бросить играть, т.к. «это причиняет боль и страдание близким» и «надоело». Средневнушаем. Во время приёма выяснилась стратегия принятия решения играть, описанная выше. На первом сеансе вначале с помощью «6-шагового рефрейминга» было обнаружено позитивное намерение игры: отдать долги. В качестве замены был найден другой способ: устроиться на работу и сформирована новая поведенческая программа.

Затем, с целью изменения структуры и стратегии игровой зависимости, была проделана техника «изме-

нение личностной истории». Пациенту было предложено представить человека, кому должен деньги. После появления «неприятного чувства» оно было зафиксировано кинестетическим якорем, удерживая который, пациенту было дано задание: вспомнить все ситуации своей жизни, в которых он испытывал это неприятное чувство, вплоть до самой первой. Это была ситуация, когда он первый раз взял деньги в долг и не смог отдать в срок. Затем было найдено необходимое в тот момент ресурсное состояние: «если бы я тогда рассказал родителям и знал, что отдадим и т.д.» Найдено чувство, соответствующее этому состоянию: «лёгкость». Оно было также зафиксировано кинестетическим якорем. Затем проведена нейтрализация якорей с внесением положительного ресурса (ощущения лёгкости) во все ситуации, начиная с первой, в которых он испытывал «неприятное чувство». А также в сегодняшний день и в будущем. После завершения техники на вопрос: «Как себя чувствуешь?» пациент ответил: «Легко, знаю, что отдам деньги».

Для закрепления результата пациент заново отработал все этапы новой стратегии: образ того, кому должен – ощущение лёгкости – образ нового поведения (работа). «Проживание» нового поведения подкреплялось кинестетическим якорем силы, уверенности.

В заключении применялись приёмы работы с субмодальностями игровых автоматов, зданий, где играл пациент, делая их непривлекательными. Дополнительно у пациента выработывалась новая автоматическая реакция (отказ) на внешние стимулы (игровые автоматы, здания, где они находятся). Для этого было найдено и зафиксировано кинестетическим якорем состояние силы, уверенности, способности сказать «нет». Затем моделировались различные ситуации в будущем, в которых пациент мог уви-

деть прежние внешние стимулы, и в этот момент активизировался якорь. 2-й сеанс состоялся через день. Со слов пациента, настроение, самочувствие хорошее. Об игре совсем не думал. На просьбу подумать о долге уже не представлял человека, кому должен, а представлял себя с деньгами и знал, что отдаст их.

Проведён сеанс эмоционально-стрессовой терапии в трансовом состоянии с применением прямого и косвенного внушения. Акцент делался на горе и страдание близких людей из-за его игры. В конце формировался «образ достижения», позитивный образ того, что пациент хотел бы для себя в будущем, каким хотел бы стать. Считается, что глубинные образы достижения определяют направление жизни человека. Пациент видел себя деловым, успешным, с папкой.

Через неделю пациент пришёл для контроля. Самочувствие, состояние хорошие, тяги к игре нет. Через три месяца пациент и его мама подтвердили сохранение положительного результата.

Второй пациент. 28 лет. Пришёл с мамой. Женат, есть ребёнок. Жена беременна. Любит жену, ребёнка. Важно материальное благополучие. Работает. Играл в игровые автоматы каждый день после работы. Со слов, к концу рабочего дня появляются непреодолимые навязчивые мысли об игре и идёт играть. Есть желание избавиться от игровой зависимости. Сожалеет, что много денег тратит. «Можно было много чего купить для ребёнка, жены». Была установлена следующая стратегия и структура игровой зависимости:

внутренние образы тех, кому должен – образ беременной жены – чувство вины – образ игровых автоматов и себя с выигрышем – сильное желание играть – идёт и играет. Средневнушаем.

1-й сеанс. Начали с 6-шагового рефрейминга. Как и в случае с первым

пациентом, позитивное намерение игры – решить материальную проблему. Замена – дополнительная работа. Затем создали новую стратегию с помощью изменения личностной истории. Техника немного отличалась от работы с первым пациентом. Пациенту не предлагалось вспомнить все ситуации, в которых он испытывал это чувство вины. Сразу начали с поиска ресурсного состояния: нашли и закрепили необходимое чувство для нейтрализации вины – это «семейный покой, расслабление». Сохраняя якорь на это чувство семейного покоя, расслабления пациенту было дано задание думать о долге. Представлять образы тех, кому должен, беременной жены, затем представлять новое поведение (дополнительная работа), которое подкреплялось другим якорем – силы, уверенности. Через некоторое время после выполнения техники предложено подумать о долге. Раньше, когда думал о долге, возникал образ беременной жены и тех, кому должен, затем вина и образ как выигрывает. Теперь сразу возник образ, как дополнительно зарабатывает деньги. В заключение так же, как и с первым пациентом, применялись приёмы работы с субмодальностями игровых автоматов, зданий, делая их непривлекательными. И вырабатывалась новая автоматическая реакция (отказ) на внешние стимулы (игровые автоматы, здания, где они находятся), с применением якоря силы, уверенности.

2-й сеанс. Состоялся через сутки. Со слов пациента, эти два дня испытывал лёгкость, не было «плохих» мыслей. Даже не думал об игре. В магазинах, где стоят автоматы, проходил мимо свободно. Проведён сеанс эмоционально-стрессовой терапии в трансовом состоянии с применением прямого и косвенного внушения. Акцент делался на материальную сторону, лишение ребёнка, жены материальных благ из-за игры. Контроль

проведен через неделю. Всё хорошо. Настроение, самочувствие отличное. Нет никаких мыслей об игре. Сделали небольшое закрепление. Через три месяца пациент и его мама подтвердили сохранение результата.

Таким образом, на этих примерах видно, что в практической психологии есть приёмы, позволяющие пациентам с игровой зависимостью оказывать краткосрочную эффективную психокоррекционную помощь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническое руководство: Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / под ред. проф. В.Н. Краснова и проф.

И.Я. Гуровича // Приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия». – М., 2000.

2. Останков С.Б. «Случай успешного купирования синдрома патологического влечения к азартным играм электросудорожной терапией» ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008. Т.1. С. 79-84.
3. Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем. 1973.
4. Андреас С. Измените своё мышление и воспользуйтесь результатами М., 1998.
5. Ричард Бендлер, Джон Гриндер. Рефрейминг Ориентация личности с помощью речевых стратегий. 1980.
6. Р.Бендлер и Д.Гриндер. Вводный курс НЛП тренинга. 1978.

Плужнов А.Е., ст.преподаватель

Костанайский государственный педагогический институт

ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ

Сегодня доказано, что основные «факторы риска» имеют поведенческую основу, которая вырабатывается воспитанием. Но исследования показали, что сегодняшние преподаватели, так же, как и студенты, не имеют четкого научного представления о сущности здорового образа жизни. Они сами не заботятся должным образом о своем здоровье и не владеют обоснованными технологиями обучения здоровому образу жизни.

Наука о здоровье – интегральная, формирующаяся на стыке биологии и экологии, медицины и психологии, кибернетики и педагогики и ряда других наук. Из этого следует, что в основании науки о здоровье должна лежать наука о здоровье человека, который живет в реальном сложном мире, насыщенном стрессовыми воздействиями, возникающими при изменениях многих факторов окружающей биосоциальной среды, что отнимает часть его здоровья и приводит к так называемому «третьему сос-

тоянию». Понятие о третьем состоянии в оценке здоровья человека фактически опирается на законы древней медицины, изложенные более тысячи лет назад известным врачом и философом Абу Али Ибн Синоу – Авиценной, который выделял шесть состояний здоровья человека:

1. Тело здоровое до предела.
2. Тело здоровое, но не до предела.
3. Тело не здоровое, но и не большое.
4. Тело, легко воспринимающее здоровье.
5. Тело большое, но не до предела.
6. Тело большое до предела.

Из этих состояний только два последних относятся к болезни. Переход от здоровья к болезни происходит через перенапряжение и срыв механизмов адаптации. И чем раньше будет возможным предусмотреть такой исход, тем больше вероятность сохранить здоровье.