

менту і маркетингу, на яких будуюцца не толькі сам фестываль, але і яго далейшая жыццяздольнасць.

1. *Абанкіна І.В., Абанкіна Т.В.* Десять замечаний о так называемом культурном маркетинге // Организационные преобразования в сфере культуры: проблемы и перспективы. – М., 1990.

2. *Глотов М.Б.* Менеджмент в художественной культуре (социологический аспект: Россия) // Социологические исследования. – 2000. – № 9.

3. *Мельник В.В.* Менеджмент как социокультурный процесс // Личность. Культура. Общество: Науч.-практ. журнал. – 2001. – Т. 3. – Вып. 4.

4. *Михеева Н.А., Галенская Л.Н.* Менеджмент в социально-культурной сфере. – СПб., 2000.

5. *Новаторов И.В.* Маркетинг культурных услуг. – Омск, 1992.

6. *Тульчинский Г.Л.* Менеджмент в сфере культуры. – СПб., 2001.

В.Д.Гаврина

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

Болезнь – одна из неприятных ситуаций, в которую, к сожалению, может попасть в течение жизни каждый человек. Иногда болезнь производит на человека сильное эмоциональное впечатление, наносит большую физическую и психическую травму. Она может определить особенности поведенческих и эмоциональных реакций в течение дальнейшей жизни и даже стать отправной точкой в формировании отклонений в личностных качествах, особенно у ребенка. Спектр личностных изменений у заболевших чрезвычайно широк. Это прежде всего негативные эмоциональные реакции, связанные с изменением физического состояния больного ребенка: страх, тревога, страдание, гнев, чувство вины,

проявляющиеся на разных стадиях течения болезни и ее лечения. Это также невротические и астенические состояния, развивающиеся на фоне болезни: плохое настроение или резкая его изменчивость, раздражительность, слабость, повышенная отвлекаемость, трудность сосредоточения и, как следствие, низкая трудоспособность, вялость, апатия, общее снижение жизненной активности, как физической, так и психической. Кроме того, болезнь и ее последствия могут вызывать неприятные переживания и внутренние конфликты, которые могут стать причиной изменения социального статуса больного. И, наконец, результатом болезни может стать стойкая, иногда трудно преодолимая перестройка всей личности больного ребенка, выражающаяся в формировании в условиях болезни аномальных и эгоцентричных установок, защитных и компенсаторных личностных образований, изменений жизненной направленности и самосознания. Отражение болезни в переживаниях человека обычно называют внутренней картиной болезни. А.Р.Лурия отмечал, что внутренняя картина болезни – это все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений, его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, ее причинах. Это весь огромный мир больного, который состоит из сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм. Для любого ребенка пребывание в больнице – не простое испытание. Уже сам по себе факт госпитализации может нанести ему психическую травму, послужить причиной нервно-психических нарушений не только во время болезни, но и на последующих возрастных этапах. Незнакомая обстановка, разлука с родными и близкими, чувства одиночества и тоски, боль и страдание, страх перед медицинскими процедурами, лечением, будущим ведут к формированию самых разных отрицательных переживаний. Хорошо известно, что эмоциональное состояние ребенка оказывает существенное влияние на течение болезни. Для того чтобы помочь больному ребенку пережить госпитализацию, очень важно знать его индивидуально-психологические особенности, реакцию на болезнь, механизм защиты, которые ребенок использует, чтобы справиться с отрицательными переживаниями.

Проводились исследования при поступлении детей в клинику, в середине лечения и перед выпиской. Для обследования использовался ряд методик: тест Люшера, вариант методики “незаконченные предложения”, проективный рисунок “я и моя болезнь”.

Исследования особенностей психофизического состояния детей с помощью теста Люшера показали, что они характеризуются эмоциональной незрелостью, яркостью эмоциональных реакций, эмоциональной неустойчивостью, раздражительностью, повышенной ранимостью. Ситуация, в которой оказались дети, оценивалась ими довольно пессимистично и вызывала реакции протеста. Дети ощущали разочарование, диссонанс между своими идеальными представлениями и реальностью клиники, в которой оказались. Они чувствовали потребность освободиться от стресса, вызванного физическим и душевным перенапряжением. После обследования и лечения состояние детей существенно не изменилось, хотя воспринимать ситуацию они стали менее пессимистично. Вместе с тем реакции протеста на болезнь и связанные с ней обстоятельства оказались более выраженными. Основные переживания детей при поступлении в клинику были связаны с самой болезнью и опасением за состояние своего здоровья. Составляющими этого переживания выступали ощущение плохого самочувствия, эмоциональное напряжение, потребность в физиологическом комфорте, тревога как предчувствие опасности и беспокойство в отношении самых разных событий, которые трудно прогнозировать и которые могут угрожать своими неприятными последствиями.

После лечения наблюдалось улучшение физического самочувствия, но внутреннее напряжение и неустойчивый тип реагирования сохранились. Анализ конкретных эмоциональных реакций, связанных с болезнью, показал следующее. Когда дети до обследования и лечения придумывали окончание таких незаконченных предложений, как: “С такой болезнью, как у меня...”, “Когда я думаю о своей болезни...”, “С болезнью у меня связано чувство...” – то многие из них для характеристики болезни использовали слова, выражающие страдание и страх (“хочется плакать”, “становится плохо”, “нервни-

чаю”, “волнуюсь”, “страшно”, “жутко” и др. Причем у некоторых преобладал страх, у других – страдание.

Страх вызывался необходимостью проведения лечебных процедур, которые и болезненны, и опасны. Помимо страха болезни и лечения, дети, находящиеся в клинике, переживали страх и от встречи с врачами, из-за того, что окружающие могут узнать об их переживаниях, и т. д. Страх, что о болезни узнают окружающие, – это не отрицательное мнение других людей о болезни ребенка, а их отрицательное отношение к эмоциональной реакции ребенка на болезнь. Таким образом, в основе детского страха могут лежать социально обусловленные нормы поведения тех, кто непосредственно окружает ребенка.

После лечения возрастал страх, связанный с болезнью и врачами. При выписке из клиники состояние всех детей характеризуется большой усталостью и потребностью как можно скорее освободиться от отрицательных эмоций. Следует отметить, что детский страх увеличивался из-за отсутствия информации по поводу болезни, времени выписки и ближайшего будущего. С детьми, как правило, почти никто не разговаривает об их болезни, на их вопросы не всегда отвечают, им мало что объясняют. Дети порой даже не знают, какие лечебные процедуры им назначены и зачем их ведут в тот или иной кабинет.

Этот недостаток информации вызывает повышенную тревожность и нервозность, отсюда такие высказывания, как “я боюсь”, “мне жутко”, “ужас”. По-видимому, допустимая информация и внимание к ребенку со стороны медицинского персонала позволят ему снизить тревожность и сформировать более рациональное отношение к пребыванию в клинике и лечению.

Мнения детей о клинике до лечения были достаточно негативными, в них преобладала тревожность. Больница воспринималась ребенком как препятствие, с которым невозможно бороться, и это рождало чувство неотвратимости обстоятельств. Необходимость помещения в клинику у большинства детей вызывала отрицательные переживания. После лечения положительных воспоминаний о госпитализации не было

выявлено, а пассивное отношение сменилось на агрессивно оборонительное. Эта тенденция подтверждается результатами исследования отношения детей к возможной повторной госпитализации. Повторную госпитализацию негативно воспринимают большинство детей, что свидетельствует о влиянии личного психотравмирующего опыта. Многое в госпитализации детей зависит от корректности обслуживающего медперсонала, врачей, их уважительного отношения к детям и умения с ними общаться. Отношение детей к врачам клиники бывает неустойчивым, изменчивым и непоследовательным, характеризуется яркими эмоциональными реакциями. Такую позицию можно назвать активно зависимой. Нередко случается, что сами родители способствуют этому: “Не будешь слушаться – придет доктор, сделает тебе укол”. Значит, агрессивная реакция на врача может быть следствием такого страха. Кроме того, для ребенка, поступившего на лечение, врач часто оказывается единственным объектом, на который может быть направлена агрессия. Но, несмотря на это, дети связывают свои надежды на выздоровление именно с врачами. При поступлении в больницу дети испытывают по отношению к врачам чаще отрицательные эмоции, чем положительные. Для формирования правильного отношения ребенка к врачу большое значение имеет то, как врач выполняет свои профессиональные обязанности. Дети ждут, чтобы врач скорее их “вылечил”, “облегчил страдания”, “выписал”. Но не менее важными являются образ врача как человека, его отношение к детям как личностям. Дети хотят, чтобы врач их “уважал”, “понимал”, “был добрым”, “заботился”. Такая потребность в доверительном и личностном подходе, к сожалению, не всегда удовлетворяется.

Следовательно, отношение ребенка к своей болезни (госпитализации, лечению, врачам) характеризуется отрицательными эмоциональными реакциями и состоянием страха, тревоги, гнева, одиночества, беспомощности, вины, а также многочисленными неприятными болезненными ощущениями. После лечения позиция ребенка по отношению к врачам меняется с активно зависимой на пассивно оборонительную. При оценке ситуации появляются рационализация, большая

трезвость суждений с опорой на личный опыт. Выраженность отрицательного отношения уменьшается, положительные эмоции увеличиваются. В большинстве случаев дети относятся к лечению положительно. В ходе лечения они начинают понимать: чтобы справиться с болезнью, недостаточно быть сильным, терпеливым, мужественным, необходимы помощь врача, окружающего персонала и др. В целом клиника и все, что с ней связано, воспринимаются детьми как психотравмирующий фактор. Вместе с тем, несмотря на сложную стрессовую ситуацию, в которой они оказались, дети не ожесточаются, стараются мобилизовать свои силы. Они хотят верить врачам, которые их лечат, ждут помощи от персонала, который их окружает, и от своих родителей. Поэтому долг их всех – помочь детям в тяжелой для них ситуации, облегчить их состояние и поддержать надежду на выздоровление.

А.І.Гурчанка

БЕЛАРУСКІ ФОЛК-РОК І ЯГО ЛІДЭР ГУРТ ЭТНАТРЫЮ “ТРОЦА”

У апошнія гады ў Беларусі актыўна развіваецца эстрадны музычны стыль фолк-рок. Сярод ансамбляў, якія працуюць у гэтым кірунку, трэба адзначыць фолк-рок гурт “Палац”, этна-рок-шоу “Юр’я” і “Крыві”. Асобнае месца займае даволі самабытны і арыгінальны калектыў “Троіца”, які за восем гадоў творчасці пакарыў замежных і айчынных слухачоў.

Этнатрыю “Троіца” (лідэр гурту – мультыінструменталіст Іван Кірчук) заснавана ў 1995 г. Ансамбль прымаў удзел амаль у 60 музычных фестывалях Беларусі, Расіі, Аўстрыі, Бельгіі, Венгрыі, Галандыі, Германіі, Босніі, Герцагавіны, Югаславіі, Польшчы, Харватыі, Славеніі, Партугаліі, Малайзіі, Сербіі і Эстоніі. Назва калектыву паходзіць ад шматзначнага і аб’ёмнага паняцця, адно з тлумачэнняў якога – траістая музыка (традыцыя ансамблевага музіцыравання ў Беларусі). Свой стыль калектыў пазначыў як folk-fusion (ф’южн – у пер. з англ. “сумесь”) – сінтэз аўтэнтычнага фальклору з сучаснымі музычнымі формамі (рок, блюз, джаз,