

## СОЦИАЛЬНЫЙ ИНТЕРЕС А. АДЛЕРА И СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

А. А. Гудзовская<sup>1</sup>, А.А. Санин<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Самарская государственная общеобразовательная академия Наяновой  
Институт изучения общественных явлений  
443001 г. Самара, ул. Молодогвардейская 196  
aag\_1@rambler.ru

<sup>2</sup> Самарская академия государственного и муниципального управления  
443084 г. Самара, ул. Стара Загора, 96  
kolumnea1@rambler.ru

*В статье поднимаются проблемы взаимосвязи болезни и психологических особенностей человека. Социальный интерес рассматривается как психологический фактор, способствующий сбережению соматического здоровья. Социальный интерес – понятие, введенное А.Адлером, для обозначения чувства сопричастности, включенности в общность, переживания ответственности и заботы о ней. А.Адлер рассматривает социальный интерес как врожденный, который развивается только при соответствующих условиях воспитания. Обсуждаются результаты эмпирического исследования социального интереса 10-12-летних здоровых детей и детей, больных туберкулезом.*

**Ключевые слова:** социальный интерес, психосоматика, личность, психологически факторы болезни, самооценка.

Проблема ослабления здоровья детей в нашей стране по сравнению с предыдущими десятилетиями становится все более очевидной. Так, статистика заболеваемости детей и подростков в Российской Федерации показывает, среди выпускников школ за последние годы не выявлено ни одного абсолютно здорового учащегося [7]. Исследования, проводимые НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН, показывают, что за последние десятилетия в России количество детей с хронической патологией увеличилось в два раза, а не имеющих отклонения в здоровье, – снизилось в три раза.

По данным Психологического института РАО в школу в настоящее время приходят 20% детей с различными нарушениями психического здоровья. К концу их обучения в начальной школе эта цифра увеличивается до 60%. До 40% детей составляют группу риска по развитию психических нарушений, причем в комплексе таких нарушений преобладают различные формы неврозов. Президент РАМН, академик В. Покровский на открытии научно-

---

<sup>1</sup> Алла Анатольевна Гудзовская, кандидат психологических наук, доцент

<sup>2</sup> Артем Анатольевич Санин, старший преподаватель

практической конференции «Медико-социальные приоритеты сохранения здоровья населения России на 2004-2010 годы» заявил, что, по прогнозам медиков, лишь половина нынешних 16-летних юношей доживет до 60 лет [8]. Стали гораздо больше болеть туберкулезом дети до 14 лет, в 1990 на 100 тыс. детей было 7,6 заболевших, а в 2006 – 16,4, рост более чем в два раза [9].

Проблема снижения здоровья детей в целом и увеличение количества больных детей активно обсуждается в научной и публицистической литературе, требует незамедлительного участия в ее разрешении самых разных специалистов, в том числе психологов.

В медицине и в медицинской психологии к числу традиционных факторов заболеваний детей относят все ухудшающуюся экологическую обстановку, слабое здоровье родителей и факторы психогенного характера, такие как слабая нервно-психическая стрессоустойчивость современных детей, психосоматические заболевания. Главный государственный санитарный врач РФ Г. Онищенко в свою очередь главными причинами сложившейся ситуации назвал чрезмерные нагрузки и неправильное питание [11].

Есть ли другие факторы, влияющие на физическое здоровье в детском возрасте? Какие взаимосвязи между здоровьем и личностным развитием представлены в концепциях личности, ставших классическими?

В психологии существует широкий круг теорий, созданных для объяснения механизмов влияния психики на телесные функции. Среди них, например: психоаналитическая теория З. Фрейда, теория «специфичности интрапсихического конфликта» Ф. Александера [4], теория «личностного профиля» Ф. Дунбар, теория реакции организма на стресс Г. Вольфа [цит. по 15] и др.

Ф. Дунбар в своей концепции отмечает, что личностные особенности людей, подверженных одной болезни, являются сходными. В этом видится прокативный характер тех или иных личностных особенностей [12]. Ф. Александер, с помощью психоаналитической техники идентифицировал интрапсихический конфликт для семи психосоматических заболеваний. Нозология заболевания, по его мнению, зависит от вида интрапсихического конфликта. Конкретному типу внутреннего конфликта соответствует определенная гама эмоциональных переживаний, связанных с физиологическими проявлениями [4]. Г. Вольф в психических основаниях соматических заболеваний видит реакцию организма на стресс [12]. Г. Вольф, являясь последователем теории Г. Селье, обнаружил, специфические паттерны физиологических реакций на стрессовые воздействия, присущие конкретному человеку. Такие паттерны передаются по наследству [15].

В эмпирических исследованиях этого направления установлено, что частота заболеваний, а также обострение хронических болезней увеличиваются в ситуациях, когда психологическая атмосфера в их семье становится более тяжелой и гнетущей [14]. При редких ссорах в семье обострение заболевания у ребёнка возникают в 1,5 раза чаще, чем в дружных семьях, при частых же конфликтах – в 2 раза чаще. Факторами семейной жизни, способствующими обострению детских заболеваний являются: искажённые взаимоотношения в семье, низкий уровень открытости и откровенности в отношениях, неспособ-

ность членов семьи договариваться о намерениях, договориться между собой, напряжённая обстановка.

В.Ф. Матвеевым, В.М. Шкловским проведены исследования оценки детьми косметических, речевых и других дефектов своих сверстников в зависимости от социального статуса оцениваемых. В результате получены следующие данные: если дефект выражен слабо или средне, то группа переоценивала его выраженность у ребенка, если по статусу он был отверженным или изолированным в этой группе. Если статус ребенка был высок (первое или второе место), а дефект выражен сильно, то группа его недооценивала [10].

Исследование лиц с высоким и низким социометрическим статусом, проведенное А.Б. Хавиным, показало, что члены групп с низким статусом отличались от членов групп с высоким статусом рядом устойчивых характеристик, указывающих на снижение социальной адаптации, подверженность невротическим реакциям [16].

Л.С. Выготский основывал свою дефектологическую практику на идее о влиянии личностного развития на психическое. Он говорил о том, что именно личностное развитие подтягивает за собой развитие психических функций в детском возрасте. Детей с дефектами зрения, слуха и т.д. можно и нужно воспитывать так, чтобы они чувствовали себя полноправными и активными членами общества, – вот ведущая идея работ Л.С. Выготского [5].

А. Адлер, А. Маслоу, Э. Фромм, Г. Олпорт направлены на заботу о других, любовь к ним, как ко всему живому, принятие других, называют необходимым составляющим компонентом психологического здоровья и личностной зрелости. В концепциях Э. Эриксона, К. Хорни в качестве подобного социального компонента личностной зрелости называется включенность в определенную социальную группу [17].

Таким образом, удобным критерием оценки психического здоровья индивидуума, согласно индивидуальной теории А. Адлера, является выраженность социального интереса (*Gemeinschaftsgefühl* – дух солидарности, общности). Он ссылаясь на него, как на «барометр нормальности» [13, с. 39].

Социальный интерес – врожденное стремление вступать во взаимные социальные отношения сотрудничества. А. Адлер свою концепцию психологического здоровья личности построил на основании того положения, что индивидуум не может быть отделен от социума, индивидуум детерминирован социумом и развивается под воздействием социальных факторов. А. Адлер понимал человека не только как целостную систему взаимосвязей, взятую в отдельности, но также как интегральную составную часть больших систем – семьи, сообщества: «Индивидуальная психология рассматривает и исследует индивидуума включенным в общество» [17, с. 243]. Социальное чувство развиваясь, становится условием преодоления ребёнком существующих у него комплекса неполноценности и превосходства.

Обобщающими характеристиками личности А. Адлер называет «жизненный стиль личности». Стиль жизни – это значение, которое человек придает миру и самому себе, его цели, направленность его устремлений и те подходы, которые он использует при решении жизненных проблем [3].

Наличие или отсутствие социального интереса является важным критерием отнесения человека к тому или иному стилю. А. Адлер описывает четыре типа жизненных стилей: 1) управляющий тип, содержание которого определяет установка превосходства над внешним миром; 2) берущий тип, характеризуется паразитическим отношением к внешнему миру, удовлетворение большей части своих потребностей за счет других; 3) избегающий тип – нет ни достаточного социального интереса, ни активности; 4) социально-полезный тип – высокая степень социального интереса и высокий уровень активности, проявление истинной заботы о других, глобальные проблемы воспринимаются как основные жизненные задачи [16]. Таким образом, из четырех, предложенным Адлером стилей только один является таким, который обеспечивает психологическое здоровье человека – социально полезный стиль жизни. В системе взглядов А. Адлера социально-полезный тип стиля жизни является воплощением зрелости личности. Такой человек воспринимает три основные жизненные задачи – работу, дружбу и любовь – как социальные проблемы, осознает, что решение этих жизненных задач требует сотрудничества, личного мужества и готовности вносить свой вклад в благополучие других людей [1].

Предпосылки социального интереса, по мнению А. Адлера, являются врожденными. Вместе с тем, подобно другим потенциальным возможностям человека, социальный интерес не возникает автоматически, но требует, чтобы его осознанно развивали. Он воспитуем и дает результаты благодаря соответствующему руководству и тренировке. Суть состоит в том, что люди подчиняют свои личные потребности делу социальной пользы. Социальный интерес развивается в социальном окружении [3]. Согласно концепции индивидуальной психологии, если социальное окружение не ставит задач воспитания социального интереса у ребенка, то дальнейшее его развитие замедляется или нарушается.

Воспитание и, главным образом, переживания ребенка в семье, – пишет А. Адлер, – испытанные в раннем детстве, могут либо привести, либо не привести к превращению инстинктивного чувства в сознательный интерес к здоровью и благополучию близких, людей Земли, а потом и всего космоса. Для одного человека жизнь может означать, как пишет А. Адлер: «Охранять себя от боли, закрыться в себе, остаться незатронутым...». Для других людей она может означать: «Быть заинтересованным в других людях, быть частью целого, вносить свой вклад в благополучие человечества» (цит. по [13, с. 39-40]).

Развитию социального интереса у ребенка способствует позитивная установка отца по отношению к жене, работе и обществу. Социальный интерес, проявляемый отцом в отношениях с детьми, избегание отцом родительского авторитаризма – те условия, которые способствуют правильному развитию ребенка. «Вклад – вот истинное значение жизни. Тем многим людям, у кого было другое значение («Что я могу получить от жизни?»), как бы сама Земля говорила: «Уходите! Вы не нужны. Умрите и исчезните!» (цит. по [22, с. 40]). В адлеровской психотерапевтической практике утверждается, что стремле-

ние к достижениям должно стать борьбой за развитие всего человеческого общества, а не данного конкретного индивидуума.

Развивая идеи А. Адлера, Х. Ансбачер предлагает рассматривать социальный интерес с двух сторон: 1) как процесс идентификации, эмпатии, сотрудничества и альтруизма; 2) как направленность на объекты трех видов: субсоциальные объекты (неодушевленные предметы, ситуации или виды деятельности: природа, наука, искусство), социальные объекты (все живое), супрасоциальные объекты (вселенная, весь мир в целом) [13]. Интерес к супрасоциальным объектам – это идентификация как с живыми, так и с неживыми объектами, это полный выход за пределы самого себя и единство со всей полнотой мира. Это «космическое чувство и отражение общности всего космоса и жизни в нас», «тесный союз с жизнью как целым» [13].

В экспериментах Дж. Крендалла было выявлено колебание социального интереса, обусловленное ситуативно. Оказалось, что социальный интерес снижается после неудачи в важном задании, в период надвигающейся экзаменационной сессии и даже после воздействия на человека громким звуком. Дж. Крендалл предполагает, что в случае драматического ухудшения условий жизни и состояния постоянного напряжения происходит существенное снижение социального интереса [13]. В его исследованиях получены данные об устойчивости самооценки у людей с высоким социальным интересом после неудачи в лично значимых заданиях. Для людей с высоким социальным интересом более характерен внутренний локус контроля. Для людей с низким социальным интересом характерно более негативное отношение к собственным родителям и к ранним переживаниям своего детства. Они гораздо большее значение придают своему прошлому опыту.

Целью нашего эмпирического исследования стало выявление особенностей взаимосвязи социального интереса и соматического здоровья ребенка.

Может ли социальная ситуация развития детей, особенности современного общества быть источником или провоцирующим фактором ухудшения здоровья целого поколения современных детей? Этот вопрос лег в основу нашего эмпирического исследования. Мы предположили, что социальный интерес по-разному проявляется у больных и здоровых детей. У больных детей социальный интерес выражен менее, чем у здоровых.

Для эмпирической проверки высказанного предположения проведено исследование выраженности и особенностей социального интереса здоровых и больных детей 10-12 лет. В экспериментальную группу включены 20 детей, состоящих на учёте в противотуберкулёзном диспансере с диагнозом «туберкулёз органов дыхания». Другие 26 детей того же возраста без субъективных жалоб на здоровье, и не стоящие на учёте по поводу хронических заболеваний, составили контрольную группу. Это учащиеся 5-го классов средних общеобразовательных школ. Среди участников эксперимента 17 мальчиков и 29 девочек.

Выраженность социального интереса определялась с помощью «Шкалы социального интереса. Шкала личностной значимости черт» (SIS – Social Interest Scale) Дж. Кренделла [13], другие особенности социального интереса –

с помощью методики «Шкалы самооценки» Дж. Менестер и Р. Корзини [13] и контент-анализа сочинения на тему «Я – человек».

«Шкала социального интереса» построена Дж. Кренделлом в рамках концепции А. Адлера и представляет собой список из двадцати четырех пар личностных качеств, связанных с социальным чувством и поведением. Отвечающему предлагается в каждой паре выбрать качество, которым он предпочел бы обладать. Социальный интерес тем более выражен, чем выше набранные баллы.

Выраженность социального интереса больных и здоровых детей значительно различается, согласно критерию Манна-Уитни (при уровне значимости  $\alpha \leq 0,01$ ). Среднее значение показателя социального интереса в экспериментальной группе составило 6,6 баллов, в контрольной -8,2 балла. Следовательно, социальный интерес больного ребёнка ниже, чем физически здорового. Таких низких среднегрупповых оценок по шкале социального интереса нет ни в одной из социальных групп, чьи среднестатистические нормы приводят авторы методики – это студенты университета, служащие, работники церкви.

На рис. 1 представлено соотношение количества детей с разной выраженностью социального интереса в двух обследованных группах. Хорошо видно, что почти половина больных детей получают за свой социальный интерес 6 баллов. Здоровые чаще всего (в 46,2% случаев) по шкале социального интереса получили оценки в 9-10 баллов. Различия в количестве детей с высокими и низкими оценками социального интереса также являются значимыми (коэффициент ассоциации Брауэ-Пирсона, уровень значимости  $\alpha \leq 0,01$ ).

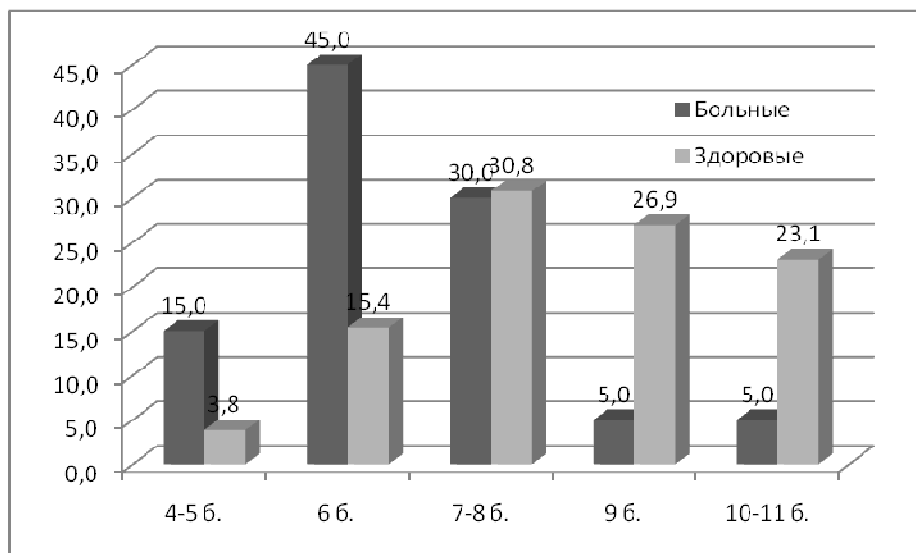


Рис. 1. Выраженность социального интереса в группах здоровых и больных детей (в % от количества детей в группе)

Таким образом, социальный интерес связан с состоянием здоровья детей. Низкий социальный интерес чаще встречается у больных, более выраженный – у здоровых детей. Среди больных детей чаще встречаются дети с низким и средне выраженным социальным интересом, а среди здоровых – де-

ти со средне выраженным и ярко выраженным социальным интересом. Положения о социальном интересе А. Адлера позволяют нам утверждать, что именно неразвитое социальное чувство, отсутствие интереса к другим и лежит в основании подверженности заболеваниям, в том числе и через общую потерю иммунитета к инфекциям.

Методика «Шкалы самооценки» Дж. Менестер и Р. Корзини направлена на исследование чувства недостаточности и позволяет оценить отношение к другим людям. По инструкции, респонденты оценивают себя с помощью пяти шкал: 1) общая самооценка собственной успешности как личности; 2) самооценками с точки зрения других людей; 3) оценка своего абсолютного максимум, если бы жизни были все возможности и средства, необходимые для достижения ваших целей; 4) предполагаемая оценка себя через пять лет; 5) желательный уровень оценки себя.

На рис. 2 представлены средние значения по шкалам больных и здоровых детей. Средние баллы больных детей по шкалам *общая самооценка успешности*, *оценка себя с точки зрения других* и *оценка себя через пять лет* ниже на 7-10%, чем средние значения здоровых детей. Больные дети сами относятся к себе, успешности своей личности заметно критичнее, чем здоровые. Величина расхождения между оценками по шкале «*Общая оценка*» и по шкале «*Где бы Вы хотели быть*» у больных детей в два раза больше, что указывает на более сильное ощущение личной недостаточности у больных детей по сравнению со здоровыми детьми.

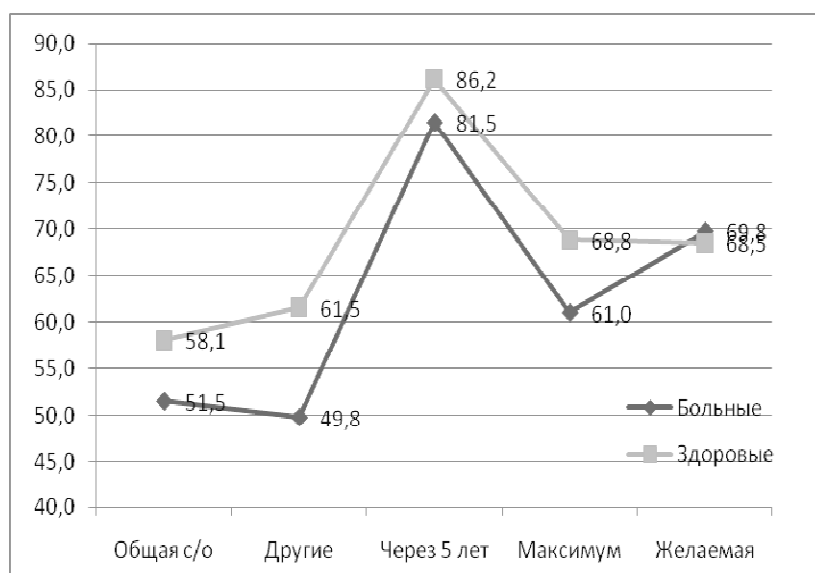


Рис. 2. Средние значения по шкалам самооценки для групп здоровых и больных детей (в %), n=46

Самое значительное расхождение отмечается по шкале «*Как Вас оценивают другие*». Здоровые дети от лица других ставят себе оценки на 3,5% выше, чем свои. Больные – наоборот. Разница между оценками по шкалам «*Как вас оценивают другие*» и «*Общая оценка*» для двух групп является статисти-

чески значимой (критерия Манна-Уитни, при уровне значимости  $\alpha \leq 0,05$ ). Ожидают более низких оценок от других людей, чем собственные оценки – 40% больных детей. Среди здоровых детей таких всего 7,2%, а 57,7% здоровых детей ждут от гипотетических других более высоких оценок.

Таким образом, здоровые дети считают, что другие люди их оценивают выше, чем они сами. Больные же дети относятся к другим людям, как к более строгим и требовательным, критично настроенным.

Выявленная закономерность, на наш взгляд, является еще одним свидетельством наличия взаимосвязи между соматическим здоровьем человека и качеством его отношения к другим людям. Мы склонны интерпретировать ее, если не как причинно-следственную связь между этими переменными, где настороженное отношение к другим является одним из факторов снижения сопротивляемости болезням организма ребенка, то, во всяком случае, как взаимовлияющую.

Корреляционный анализ выявил значимую связь между показателями самооценки и социального интереса (см. таблицу).

#### **Коэффициенты корреляции между показателями социального интереса и самооценки**

Социальный интерес	Общая оценка	Оценка других	Максимум	Через 5 лет	Желаемый уровень
	0,371*	0,324*	0,156	0,43**	-0,331
Примечание: * обозначен уровень значимости $\alpha \leq 0,05$ ** – уровень значимости $\alpha \leq 0,01$					

Чем больше выражен у ребенка социальный интерес («Шкала социального интереса»), тем он выше оценивает себя по шкалам «Общая оценка», «Как Вас оценивают другие» и «Вы через 5 лет», тем больше у него (к.к.= 0,484 при уровне значимости  $\alpha = 0,05$ ).

Тема сочинения «Я – человек» актуализирует два аспекта самосознания – себя как индивидуальности, и себя, как члена определенной общности. Более подробно показатели социального интереса, отражающиеся в сочинениях «Я – человек» описаны в монографии «Психология социальной зрелости» [6]. В группе больных детей сочинения в среднем короче, в них использовано значительно меньше категорийных слов, чем в сочинениях здоровых (критерий Манна-Уитни, уровень значимости  $\alpha \leq 0,05$ ,  $U_{Эмп} = 182,5$ ). Это можно объяснить большей осведомленностью, заинтересованностью, открытостью мыслей и чувств здоровых детей по сравнению с больными, общей астенией организма больного ребенка. Можно предположить и другую связь – неразвитые представления о себе, отсутствие осознанной общности с другими людьми, отраженное в идентификации «Я – человек», то есть слабый социальный интерес лежат в основе предрасположенности к болезни.

Часто в сочинениях о себе как человеке дети говорят о социальных качествах личности. К ним мы отнесли те характеристики, которые направлены



на общение, социальное взаимодействие: «*доброжелательность*», «*заботливость*», «*уважение старших*» и др. Частота обращения к этому типу категории отражает актуальность для автора сочинения социальной сферы его жизни, представленность в сознании других людей. В сочинениях используются обозначения социальных качеств, названных в позитивной форме, и социальных качеств, сформулированных в негативной форме («*не драться*», «*не грубить*» и пр.).

Высказываний, относящихся к социальному интересу, в том числе социально-позитивных суждений, в сочинениях здоровых детей значимо больше, чем в сочинениях больных (критерий Манна-Уитни, при уровне  $\alpha \leq 0,01$  и  $\alpha \leq 0,5$  соответственно). Здоровые дети из контрольной группы в 89,9% случаев используют от 4 до 10 свойств человека, характеризующих социальную активность и интерес. В группе больных детей почти половина авторов сочинений (45%) ограничиваются 1-3 социальными свойствами. Критерий углового преобразования Фишера выявил значимость различий в этом соотношении (при уровне значимости  $\alpha \leq 0,01$ ). Такие категории, как «*Семья*» («*у нас дружная семья*», «*мама меня любит*», «*хочу, чтобы все в семье были здоровы*», «*вырасту – женюсь, стану мамой*»), «*Друзья*» («*человек должен помогать друзьям*», «*верный друг, нет друзей*»), и «*Люди*» («*есть люди посторонние и родные*», «*хочу, чтобы у каждого человека сбылись его мечты*», «*все ребята в нашей стране – люди*») в сочинениях здоровых детей встречается значимо чаще, чем в сочинениях больных детей.

Снижение количества социальных категорий в сочинении говорит о меньшей выраженности социального интереса, о том, что внимание больных детей в большей степени обращено на самих себя, а не на своих близких и окружающих людей, отсутствует чувство единения и общности, у больных детей менее определен положительный, привлекающий образ другого человека. Что приводит к снижению в содержании сознания больных детей образов другого человека, друзей, общностей. Возможно, что мысли о болезни являются более актуальными для таких детей.

Однако, возможно и наоборот, дети легче подвергаются болезни, если не имеют социальной направленности и сформированного положительного, привлекающего образа мира. Данный вывод подтверждается выявленной корреляционной связью между социальным интересом и количеством аспектов в рассказе о себе, высказанных с отрицательной эмоциональной окрашенностью. Чем больше баллов набирает ребенок по шкале социального интереса, тем меньшее количество негативных аспектов в его сочинении (к.к.=0,457, значим при  $\alpha \leq 0,01$ ). Чем выше социальный интерес, тем чаще ребенок выражает собственное мнение, подчеркивает авторство своего мнения. Частота употребления в сочинениях категории «*Мнение*» («*я думаю, мне кажется, я считаю*») в контрольной группе (здоровые дети) в два раза чаще, чем в экспериментальной группе (больные дети). Кроме того, чем более отчетливо проявляется чувство неполноценности, тем значимо чаще употребляется в сочинении местоимение «*Я*», свидетельствующее об эгоцентризме (к.к.=0,472, значим при  $\alpha \leq 0,01$ ).

А. Адлер полагал, что только посредством сотрудничества с другими, стараясь участвовать в общем деле, человек может преодолеть чувство неполноценности. Он писал, что люди, внесшие наиболее ценный вклад в развитие человечества, были всегда общественно ориентированы [2].

С другой стороны, недостаток сотрудничества с людьми и возникающее в результате этого чувство неполноценности является корнем всех невротических стилей жизни. А. Адлер пишет, что если человек сотрудничает с людьми, он никогда не станет невротиком. Все неудачники, по его мнению, – продукты неправильной подготовки в области общественного чувства. Все они – неспособные к сотрудничеству одинокие существа, которые в большей или меньшей степени движутся противоположно остальному миру. [3].

Анализ диагностических данных позволил сделать вывод об экспериментальном подтверждении гипотезы нашего исследования: социальный интерес детей 10-12 лет связан с состоянием их соматического здоровья. Выраженный социальный интерес чаще встречается у здоровых детей. У детей больных туберкулезом социальный интерес выражен в меньшей степени.

Результаты исследования говорят о том, что организация развития социального интереса, отражающего социальную множественную идентичность в детском возрасте, формирование стремления к заботе о другом человеке – как близком, так и незнакомом представителе человечества, могут быть одним из факторов, профилактики и предупреждения частоты и тяжести заболеваний детей.

Е. Сидоренко приводит фрагмент работы Х.Б. Каплана, где дается перечень чувств, мыслей и видов поведения, отражающих социальный интерес в понимании адлеровского подхода [13].

Среди чувств названы чувство принадлежности, ощущение, что ты член группы или групп; ощущение легкости и комфорта при взаимодействии с другими людьми; чувство общности – ощущение, что тебя многое объединяет с другими людьми и ты во многом похож на них; вера в то, что в каждом человеке есть нечто хорошее; мужество быть несовершенным, т.е. совершение ошибок это хоть и нежелательное, но неизбежное в жизни, не надо быть всегда «первым» или самым «лучшим»; ощущение себя человеком, чувство, что ты являешься частью всего человечества; оптимизм.

Среди мыслей, отражающих социальный интерес Х.Б. Каплан называет: 1) Я – человек, и мои общественные права и обязанности равны правам и обязанностям других людей; 2) можно достичь моих личных целей так, чтобы это совпадало с общественным благом; 3) процветание и выживание общества зависит от решимости и способности его членов научиться гармонично сосуществовать друг с другом; 4) я убежден, что надо поступать по отношению к другим людям так, как мне хотелось бы, чтобы они поступали по отношению ко мне; 5) общей оценкой моей личности будет та степень, в которой я способствовал благополучию общества.

В поведении социальный интерес проявляется: в готовности использовать свои возможности, знания или способности для оказания поддержки другим

людям; в щедрости, то есть готовности поделиться тем, что тебе принадлежит; в присоединении к групповой деятельности, готовности участвовать в ней; в уважении, как готовности признавать чужие права, знания и опыт; в умении сотрудничать, стремлении работать или играть вместе ради достижения общей цели или общей пользы; готовности идти на уступки для достижения взаимно приемлемых решений проблем и конфликтов; в эмпатии; ободрение – способности воодушевить и мотивировать других людей [13].

Полученные характеристики личностных особенностей больных детей, в частности социальный интерес, могут являться ориентирами психокоррекционной, психотерапевтической и педагогической работы с детьми, в целях профилактики заболеваемости и облегчения процессов протекания тяжелых хронических недугов у детей. Воспитание социального интереса в рамках воспитания в системе образования должно являться одним из центральных принципов.

\*Работа выполнена при поддержке Российского гуманитарного научного фонда. Проект 14-16-63004 а(р).

### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Адлер А. Воспитание детей. Взаимодействие полов. – Ростов-на-Дону: изд-во «Феникс», 1998. – 448 с.
2. Адлер А. О нервическом характере. – СПб., 1997.
3. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии – М., 1995.
4. Александер Ф. Психосоматическая медицина / Под ред. С.Л. Шишкина. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006.
5. Выготский Л.С. Основы дефектологии// Собр. соч. в 6 т. Т. 5. – М.: Педагогика, 1983.
6. Гудзовская А.А. Психология социальной зрелости: монография. – Самара: СИПКРО, 2014. – 256 с. Режим доступа: <http://elibrary.ru/item.asp?id=23738634>.
7. Здоровье и образование детей – основа устойчивого развития российского общества и государства (статистические данные) // Научная сессия шести академий наук России. URL: <http://www.mma.ru/library/online/academy/statistic?print=1> (дата обращения 2.09.2012).
8. Знаменательные числительные// Источник: Журнал Планета Людей. URL: <http://vipdetki.ru/index.php/deficit> (дата обращения 2.09.2012).
9. Кара-Мурза С.Г., Батчиков С.А., Глазьев С.Ю. Куда идет Россия. – Издательство: Эксмо, Алгоритм; 2010.
10. Матвеев В.Ф., Гройсман А.Л. Профилактика вредных привычек школьников. Книга для учителя – Л.: Просвещение, 1987.
11. Онищенко Г. О здоровье... // Цифры, факты... Статистика <http://best-project.ucoz.ru/publ/12-1-0-12>.
12. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с. – (Библиотека психологии и психотерапии). ISBN 5-86375-059-6.
13. Сидоренко Е.В. Терапия и тренинг в концепции Альфреда Адлера. – СПб.: Речь, 2002– 347 с.

14. Социальная конфликтология / Под ред. А.В. Морозова. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 336 с.
15. Сукиасян С.Г., Тадевосян А.С., Чшмаритян С.С., Манасян Н.Г. Стресс и пост-стрессовые расстройства: личность и общество. – Ер.: Асогик, 2003. – 348 с.
16. Хавин А. Б. Отношение к своему дефекту индивида и его окружения (На модели заикания). URL: [http://www.childpsy.ru/upload/dissertations/C1\\_7\\_1974.htm](http://www.childpsy.ru/upload/dissertations/C1_7_1974.htm) (дата обращения 2.09.2012).
17. Шкловский В.М., Ильдеринская В.И. К характеристике системы отношений личности, страдающей логоневрозом // Неврозы и пограничные состояния – Л., 1972. – С. 55-62.
18. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 608 с.

Поступила в редакцию 14.11.2015.  
В окончательном варианте 23.11.2015.

**UDC 159.9.07**

## **SOCIAL INTEREST OF A.ADLER AND CHILDREN SOMATIC HEALTH**

*A.A. Gudzovskaya<sup>1</sup>, A.A. Sanin<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Institute of Social Studies  
Samara State Nayanova Academy  
196, Molodogvardeyskaya st., Samara, 443001  
[aag\\_1@rambler.ru](mailto:aag_1@rambler.ru)

<sup>2</sup> Samara Academy of State Management  
96, Stara Zagora st., Samara, 443084

*The paper raises the problems of the interrelation of an illness and psychological features of the person. Social interest is considered as the psychological factor contributing to conserve physical health. Social interest – the concept entered by A.Adler for designation of feeling of participation, an inclusiveness in a community, experience of responsibility and care of it. A.Adler consider social interest as an innate concept that develops only with the relevant conditions of education. Results of empirical research of social interest 10-12 – summer healthy children and children sick with tuberculosis are discussed.*

**Key words:** *social interest, psychosomatic, personality, psychological factors of illness, self-esteem*

Original article submitted 14.11.2015.  
Revision submitted 23.11.2015.

---

<sup>1</sup> Alla A. Gudzovskaya, Cand. Psych. Sci., Associate Professor

<sup>2</sup> Artem A. Sanin, Senior Lecture