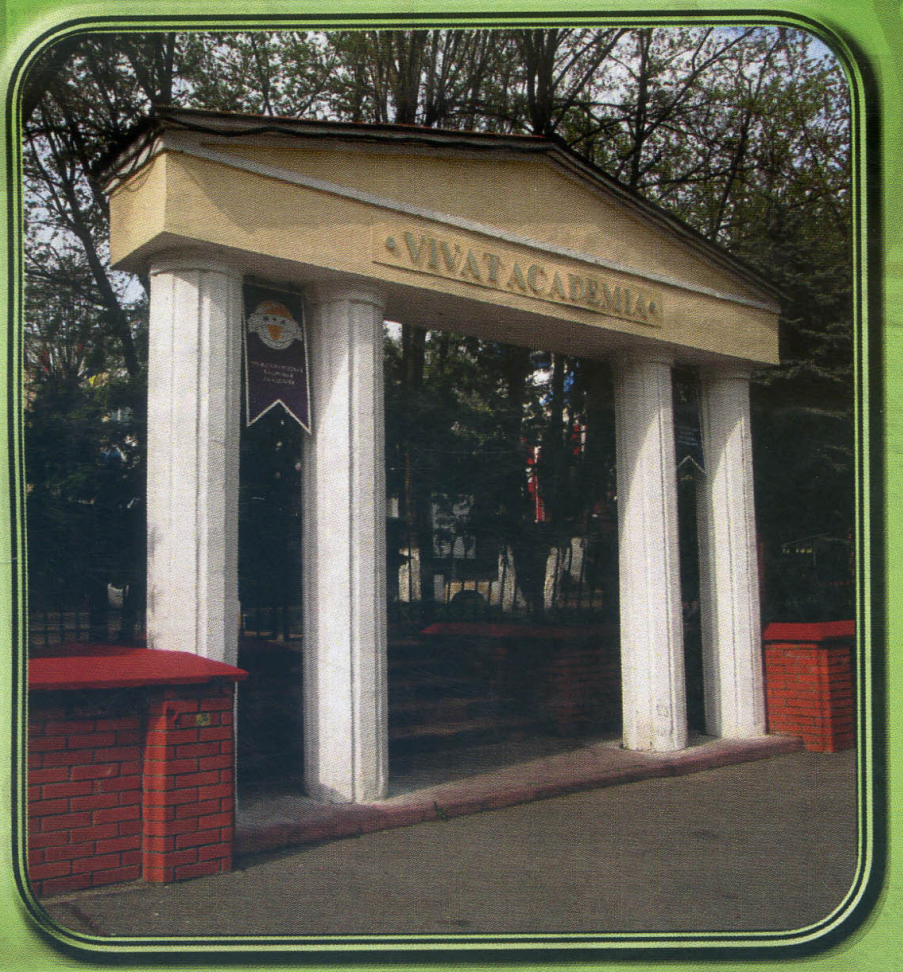
АКАДЕМІЧНА СТУДІЯ

Шоквартальний науковий часопис
студентського наукового товариства
"GAUDEAMUS"
Міжрегіональної Академії управління персоналом



№1 2018

МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ



АКАДЕМІЧНА СТУДІЯ

№ 1, 2018

Щоквартальний науковий часопис
студентського наукового товариства
“GAUDEAMUS”

Київ
ДП “Видавничий дім “Персонал”
2018

№ 1
2018

Заснований в 2018 році
Періодичність виходу
4 рази на рік

Рекомендовано Вченою Радою Навчально-наукового інституту міжнародних відносин і соціальних наук ПрАТ "ВНЗ "Міжрегіональна Академія управління персоналом",
м. Київ (Протокол № 7 від 22 лютого 2018 р.)

До друку приймаються наукові матеріали, що відповідають вимонам до публікації в даному виданнні.
Редколегія здійснює літературне та наукове редагування матеріалів.
Відповідальність за добір та викладення фактів в публікаціях несуть автори, а за зміст рекламних матеріалів — рекламодавці.
Усі права стосовно опублікованих матеріалів залишено за редакцією.
Передрук можливий за згоди редакції та з посиланням на джерело.
Засновник —
СНТ"GAUDEAMUS"
ПрАТ "ВНЗ "МАУП"

Адреса для кореспонденції:
Міжрегірнальна Академія управління персоналом
(МАУП)
03039 Київ-39,
вул. Фрометівська, 2,
корп. 23 МАУП
e-mail: tuman2014@ukr.net

РЕДАКЦІЙНА РАДА

ГОЛОВА РЕДАКЦІЙНОЇ КОЛЕГІЇ:
Студент III курсу спеціальності "Медична психологія"
В. Х. Коваленко

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:
О. М. Олексенко — Голова СНТ "GAUDEAMUS", студент V курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП".
С. С. Іванова — староста студентського наукового гуртка "Арт-терапія. Психокорекція. Реабілітація", студент VI курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП".
Л. В. Сібір — студент VI курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП".
К. М. Дорошина — студент III курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП".

ЕКСПЕРТНА РАДА

ГОЛОВА ЕКСПЕРТНОЇ РАДИ:
І. П. Бідзюра — д-р політ. наук, професор, директор Навчально-наукового інституту міжнародних відносин і соціальних наук ПрАТ "ВНЗ "МАУП".

Члени експертної ради:
Н. В. Грабовенко — канд. пед. наук, доц., заступник директора Навчально-наукового інституту міжнародних відносин і соціальних наук ПрАТ "ВНЗ "МАУП".
О. Л. Шопша — канд. психол. наук, доц., завідувач кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП".
Т. М. Вакуліч — канд. психол. наук, доц., професор МКА, заступник завідувача кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП".
Н. В. Коляденко — д-р мед. наук, доц., професор кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП", керівник студентського наукового гуртка "Арт-терапія. Психокорекція. Реабілітація" кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП".
А. М. Ірись — д-р психол. нвук, професор, керівник студентського наукового гуртка з практичної психології кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП".
Ю. О. Мєлков — д-р філ. наук, завідувач кафедри філософії та політології ПрАТ "ВНЗ "МАУП".

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВИПУСК: ***В. Х. Коваленко***



Бідзюра Іван Павлович – директор Навчально-наукового інституту міжнародних відносин та соціальних наук ПрАТ "ВНЗ "МАУП", доктор політичних наук, професор.

Призначення нашого часопису — виробництво знань молодими дослідниками. Секрет його успіху — в зосередженні на чіткій науковій методології в такому визначенні адресата: вчений-суспільствознавець високої кваліфікації, в спілкуванні з адресатом науково-понятійною та сучасно-літературною мовою.

На кого орієнтується часопис? На всіх, хто цікавиться наукою і тяжіє до професійної наукової діяльності. Корисним буде і студенту, який тільки пише курсову роботу, але замислюється про перспективу вступу до аспірантури, і аспіранту, який переживає інтенсивну наукову соціалізацію, і вченому, який потребує поради в підвищенні ефекту від наукового керівництва і вибору стратегії дослідження.



Шопша Олена Леонідівна – кандидат психологічних наук, завідувач кафедри психології Навчально-наукового інституту міжнародних відносин та соціальних наук ПрАТ "ВНЗ "МАУП".

Шановні автори і читачі! Вітаємо вас із виходом першого номера щоквартального наукового часопису студентського наукового товариства "GAUDEAMUS", що започаткований кафедрою психології Навчально-наукового інституту міжнародних відносин і соціальних наук ПрАТ "ВНЗ "МАУП".

Видання журналу грунтується на принципах професіоналізму та наукової об'єктивності. Метою видання є оприлюднення наукових здобутків студентів, магістрантів, аспірантів та інформування широкого кола читачів, які цікавляться дослідженнми в галузі психології.

Закликаємо авторів до викладу своїх наукових праць.



Коляденко Ніна Володимирівна – доктор медичних наук, доцент, професор кафедри психології, керівник студентського наукового гуртка "Арт-терапія, Психокорекція, Реабілітація" Навчально-наукового інституту міжнародних відносин та соціальних наук ПрАТ "ВНЗ "МАУП".

Шановні колеги! Прийміть найщиріші вітання з виходом першого номера нашого часопису! На шпальтах цього щоквартального інтерактивного видання студенти матимуть змогу обмінюватися думками, здобувати досвід наукової роботи, відпрацьовувати навички презентації своїх наукових ідей і досліджень. Сподіваюся,цей перший млинець не вийшов комом.

В СНТ "GAUGEAMUS" у перспективі — багато цікавих та амбітних планів, у тому числі — майбутнє перетворення цього маленького студентського журналу на солідне фахове видання. Тож бажаю успіхів у начанні, творчих досягнень і здійснення мрій!

ЗМІСТ

Агурєєва Ю. А.
Порушення уваги в життєдіяльності людини 6

Белей Н. П.
Особистісні особливості дітей з інвалідизуючими захворюваннями опорно-рухового апарату 10

Бик Н. В., Варіна Г. Б.
Емоційні прояви людини 13

Бикович М. Р.
Психологічні кризи людей похилого віку 16

Білокопитова З. Д.
Проблема конфлікту в педагогічній взаємодії 18

Бовтрук К. О.
Сімейні конфлікти: причини, характеристика, шляхи вирішення 20

Бондарук А. Т.
Аналіз діагностичних засобів психологічної готовності дошкільнят до навчання 23

Варіна Г. Б., Прокоф'єва О. О.
Психологічні особливості формування соціальної стійкості майбутнього психолога в процесі професійної підготовки 28

Дворник І. А.
Конфліктні взаємостосунки та вплив жінки на чоловіка 32

Деменко І. А.
Медико-психологічні особливості клієнтів соціальних служб із віковими та фізичними обмеженнями здоров'я 34

Дорошина К. М.
Психологічні механізми маніпулятивних технологій у ЗМІ та їх вплив на рівень довіри у підлітків 41

Дубовік А. О., Титаренко О. І.
Особливості використання арт-терапевтичних методик у роботі з підлітками 44

Жемчужна Г. О.
Стан тривоги в подружніх конфліктах 47

Іванова С. С.
Психологічні особливості батьків дітей з аутизмом 50

Каткова Т. А.
Захист психічного здоров'я педагогів засобом формування ефективних копінг-стратегій 53

Коваленко В. Х.
Вплив субкультури на формування особистості 56

Коваль А. Е.
Функції лідерства *59*

Міщенко А. І.
Особливості міжособистісних відносин у молодшому шкільному віці *61*

Нижиловська Л. С.
Адаптація, соціалізація та саморозвиток особистості *63*

Оберемок Т. В.
Подолання конфліктогенів спілкування *66*

Олексенко О. М.
Професійне вигорання в медичних працівників *69*

Поляковська Л. В.
Фактори формування синдрому професійного вигорання в педагогів-дефектологів *72*

Посівнича Д. Р.
Особливості локусу контролю в юнацькому віці *76*

Савицька В. А.
Психологія конфлікту та динаміка конфліктних ситуацій: позитивний вплив у повсякденному житті *79*

Серебряннікова І. В.
Особливості когнітивних порушень і якості життя хворих на гіпертонічну хворобу та ішемічну хворобу серця *82*

Сібір Л. В.
Медико-психологічне обґрунтування впровадження інклюзивної освіти в Україні *86*

Сімушева О. М.
Психологія бізнесу: психологічний аспект кар'єрного зростання *91*

Тітова О. В.
Особливості самосприйняття жінок із параноїдною формою шизофренії *94*

Тугаєнко Ю. В.
Особливості розвитку адекватної самооцінки в молодшому шкільному віці *99*

Черкай Л. В.
Психологічна підготовка дитини до дитячого садка *104*

Черкасова О. О.
Психологічні особливості формування алкогольного синдрому в студентів *106*

Чеченіна О. О.
Психологічні особливості матерів, які виховують дітей із психоневрологічними захворюваннями *110*

Шевченко С. В.
Аналіз емоційних проявів у контексті вікових особливостей студентів: теоретико-практичний аспект вивчення *117*

Ю. А. АГУРЄЄВА
студент ІІІ курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП",
Науковий керівник: канд. психол. наук О. Л. Шопша

ПОРУШЕННЯ УВАГИ В ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ

Увага — важлива й необхідна умова ефективності всіх видів діяльності людини, тому ця тема досить актуальна. Увага найтіснішим чином пов'язана з діяльністю. У міру того, як у людини із практичної діяльності виділяється й здобуває відносну самостійність діяльність теоретична, увага приймає нові форми: вона виражається в загальмованості сторонньої зовнішньої діяльності й зосередженості на спогляданні об'єкта, поглибленості й зібраності на предметі міркування.

Мета роботи — теоретичний аналіз проблеми порушення уваги в життєдіяльності людини.

Причини порушення уваги можуть бути зовнішніми і внутрішніми. Зовнішніми причинами можна вважати різні негативні впливи (стресори, фрустратори) і негативні стосунки людини з оточуючими. Дію внутрішніх причин можна представити як вплив порушеної частини психіки на здорову.

Враховуючи основні характеристики уваги, виділяють наступні види її порушень:

- зниження стійкості;
- зменшення обсягу;
- порушення перемикання.

Зниження концентрації уваги та її коливання призводять до зниження стійкості уваги. Недостатня стійкість уваги ускладнює перебіг цілеспрямованої пізнавальної діяльності та є однією з найголовніших передумов до виникнення труднощів у розумовій діяльності. Забезпечення первинної фіксації уваги на об'єкті виступає провідною передумовою зосередженої та сталої уваги.

У психічно хворих, як правило, порушена як зорова, так і слухова увага. За методикою відшукування чисел за таблицями Шульте, виявляються результати, що перевершують норму по кількості витраченого часу. Звертає на себе увагу загальна сповільненість в роботі з різко вираженою нерівномірністю психічної діяльності. У деяких хворих швидкість відшукування чисел може знижуватись, а час, що витрачається на їх відшукування — збільшуватися. Іноді час подвоюється за рахунок того, що хворі "втрачають" числа таблиці та не бачать їх.

У осіб із наслідками ураження ЦНС часто порушується слухова увага, об'єктом якої є зосередження на мовленнєвій діяльності. Мова визначає опосередкованість уваги, має особливе значення для розвитку її стійкості.

Оволодіваючи мовою, дитина навчається способам керування своєю увагою. Регулююча роль другої сигнальної системи робить збудження чітко спрямованим і локалізованим в корі головного мозку. За допомогою мови дитина навчається специфічно людського бачення світу. Активність мовленнєвої діяльності дошкільника характеризується спрямованістю в бік значення. Тобто, дитина стає більш уважною не тільки до звуків мовлення, а й до змісту слів, навчається подумки уявляти собі предмети, їх властивості, дії з ними. За даними Е. І. Леонгарда, половина розумово відсталих дітей молодшого шкільного віку або не може користуватися словесною інструкцією, або словесна інструкція практично не впливає на їх діяльність. Довільна увага виробляється у них з працею.

Зменшення обсягу уваги — це кількісне звуження сукупності подразників через порушення здатності до їх утримання. Так, наприклад, у розумово відсталих дітей, порівняно з нормальними однолітками, звужений обсяг уваги. Вони дивляться і не бачать, слухають і не чують. Кидаючи погляд на якийсь предмет, вони бачать у ньому менше ознак, ніж дитина, яка нормально розвивається. Це одна з причин, що ускладнюють орієнтування таких дітей на вулиці, в приміщенні та особливо в малознайомих місцях.

Особи з епілепсією в силу вираженої інертності протікання психічних процесів грузнуть у численних деталях об'єктів. Саме це не дозволяє їм забезпечувати активною увагою достатній обсяг матеріалу. Люди з шизофренією, ковзаючи по предмету пізнання, не утримують об'єм уваги з іншої причини: утримання обсягу уваги для них нічим не мотивовано.

Порушення переключення уваги — це порушення лабільного переходу від одного стереотипу виконання діяльності до іншого, порушення здатності до відторгнення попередніх способів діяльності. Порушення переключення уваги виражено у різних категорій хворих осіб по-різному. Люди з шизофренією, які відрізняються лабільністю протікання розумової діяльності, легко та вільно переходять з об'єкту на об'єкт. Однак, при виборі нових способів діяльності велике значення має їх власна мотивація. Легкість, з якою ці діти перемикаються, ускладнюється втратою усвідомлення, вихолощеністю дії. Розумово відсталі, хворі на епілепсію, відчувають значні труднощі при переключенні з одного завдання на інше. В їх діяльності особливо яскраво проявляється застрягання або "зісковзування" на вже знайомий спосіб вирішення завдання. В них знижена здатність до розподілу уваги між різними видами діяльності. Вони не можуть відразу виконувати два завдання, наприклад, малювати і розповідати вірш.

Велике значення для вивчення характеристик уваги має питання про неуважність. Усі негативні риси уваги (нестійкість, поверхова зосередженість, легкість відволікання) охоплюють поняттям неуважності. Неуважність виявляється у невмінні зосередитися на об'єкті, у ковзанні по поверхні предметів та в нездатності відобразити їх істотні властивості, приховані від ока. Неуважність, так само як і уважність, позначається на мисленні, викликаючи в ньому, на противагу уважності, непослідовність, неаргументованість.

Причинами розсіяності можуть бути втома людини, хворобливий стан організму, відсутність інтересу до діяльності. Окремо виділяють розсіяність, яка зумовлена високою концентрацією уваги людини на якійсь іншій проблемі (наприклад, розсіяність уваги у людини, стурбованої важливою для неї подією). Такий недолік уваги має тимчасовий характер.

Неуважністю називається нездатність людини зосередитися на чому-небудь певному протягом тривалого часу. Зустрічається два види неуважності: уявна й справжня.

Уявна неуважність — це неуважність людини до безпосередньо навколишніх предметів і явищ, викликана крайньою зосередженістю його уваги на якомусь предметі. Уявна неуважність — результат великої зосередженості й вузькості уваги. Іноді її називають "професорською", тому що вона нерідко зустрічається у людей цієї категорії. Увага вченого може бути настільки сконцентрована на його проблемі, що він не чує звернених до нього питань, відповідає невлад. Фізіологічною основою уявної неуважності є потужне вогнище оптимального порушення в корі головного мозку, що викликає гальмування в навколишніх його ділянках за законом негативної індукції. Неясність відбиття різного роду зовнішніх впливів при недостатній увазі пояснюється тим, що воно відбувається на ділянках кори, що перебувають у стані гальмування. "При зосередженому міркуванні, — пише І. П. Павлов, — при захопленні якою-небудь цікавою справою, ми не бачимо й не чуємо, що навколо нас відбувається, — уявна негативна індукція".

Причини неуважності різноманітні — це може бути загальний розлад нервової системи (неврастенія), недокрів'я, хвороби носоглотки, що утрудняють надходження повітря в легені й, отже, збіднюють кисневе харчування мозкових клітин. Іноді неуважність з'являється в результаті фізичного й розумового стомлення й перевтоми, важких переживань. Однією із причин справжньої неуважності є також перевантаження мозку великою кількістю вражень. Розкиданість інтересів також може привести до справжньої неуважності. Наприклад, деякі студенти записуються відразу в кілька гуртків, беруть книги з багатьох бібліотек, захоплюються спортом, колекціонуванням та іншим, але при цьому нічим серйозно не займаються. Подібна невпорядкованість захоплень лише зміцнює неуважність, заважає навчатися. Причиною справжньої неуважності може бути й неправильне виховання в родині: відсутність певного режиму в заняттях, розвагах і відпочинку дитини, виконання всіх її примх, звільнення від трудових обов'язків. Нудне викладання, що не будить думку, не зачіпає почуттів, не вимагає напруги волі, — одне із джерел неуважності.

Отже, увага відіграє важливу роль у житті людини. Завдяки увазі здійснюється регуляція діяльності та поведінки людини. Без уваги неможлива цілеспрямована практична фізична та розумова діяльність, бо людина повинна з увагою ставитися до об'єкта діяльності, до плану своєї діяльності, уважно стежити за перебігом цієї діяльності та її наслідками. Особливо велике значення має увага в навчальній діяльності студента.

Увага в житті й діяльності людини виконує багато різних функцій. Вона активізує потрібні й гальмує непотрібні в цей момент патологічні й фізіологічні процеси, сприяє організованому й цілеспрямованому відбору поступаючої в організм інформації, забезпечує виборчу й тривалу зосередженість психічної активності на певному виді діяльності. Увага є необхідною умовою чіткого, усвідомленого відображення навчального матеріалу та міцного засвоєння його. Згідно з поглядами К. Д. Ушинського, увага є тими єдиними дверима нашої душі, через які, безумовно, проходять усі об'єкти зовнішнього світу, відображені свідомістю.

Н. П. БЕЛЕЙ
студент V курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП",
Науковий керівник: д-р. мед. наук, доцент Н. В. Коляденко

ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДИЗУЮЧИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Основою стратегії економічного і соціального розвитку України на наступні роки є курс на інтеграцію до Європейського Союзу. В країнах ЄС, членство в якому наша мета, людина — це найбільша цінність, а інваліди є повноправними одиницями суспільства, які активно беруть участь у житті своїх громад. Вони затребувані, і хоч обмежені в рухах — не відчувають себе гіршими та менш придатними, ніж інші люди. Одним із показників, що характеризує рівень економічного та суспільного розвитку України, є соціальний захист інвалідів. Дане поняття включає багато складових, головною з яких є забезпечення можливості відповідного лікування. З огляду на те, що багато інвалідизуючих захворювань опорно-рухового апарату довгостроково триваючі, з періодичними загостреннями і ремісіями, їх терапія є досить витратною. Однак якщо не здійснювати лікування, якість життя людини може значно погіршитися, а його тривалість — скоротитися. Крім того, не всі хронічні, довготриваючі захворювання призводять до втрати працездатності. Що ж стосується дитячої неврологічної практики, можлива повна соціальна адаптація у випадку, здавалося б, важких невиліковних захворювань.

Вроджені або набуті в ранньому віці захворювання опорно-рухового апарату спостерігаються у 5–7 % дітей і досить різноманітні. Деякі з них піддаються медикаментозному або хірургічному лікуванню і не мають суттєвого впливу на особистість дитини. Інші, такі як ДЦП (дитячий церебральний параліч), пов'язані з важкою патологією нервової системи дитини і є результатом внутрішньоутробного недорозвинення або пошкодження мозку під час пологів чи на першому році життя дитини.

Розвиток особистості у дітей з інвалідизуючими захворюваннями опорно-рухового апарату в більшості випадків проходить досить своєрідно, хоча за тими ж законами, що і розвиток особистості здорових дітей. Специфічні особливості формування емоційно-вольової сфери таких хворих дітей можуть бути обумовлені двома факторами:

- біологічними особливостями, пов'язаними з характером захворювання;
- соціальними умовами — виховання та навчання дитини в сім'ї та педагогічному закладі.

Іншими словами, на розвиток і формування особистості дитини, з одного боку, істотно впливає її виняткове становище, пов'язане з обмеженням

руху й мови; з іншого боку — ставлення сім'ї до хвороби дитини, оточуюча психологічна атмосфера. Особистісні особливості дітей, які страждають на інвалідизуючі захворюваннями опорно-рухового апарату, — результат тісної взаємодії цих двох факторів. Психічний розвиток дитини з даною групою захворювань, за даними джерел наукової літератури, характеризується порушенням формування пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери та особистості. Тому перед фахівцями, які працюють з дітьми даної категорії, постає важливе завдання — надання кваліфікованої медичної, психолого-педагогічної та соціальної допомоги в профілактиці і корекції цих порушень, що й обумовлює актуальність теми нашої роботи, метою якої є дослідження особистісних особливостей дітей із захворюваннями опорно-рухового апарату, а саме з одним із найбільш інвалідизуючих серед них — ДЦП. Рівень такого роду захворювань зростає в усьому світі, і наша країна не є винятком. Свою роль в цьому негативному процесі зіграла як складна соціально-економічна ситуація в Україні, так і екологічні фактори. Все це не могло не відбитися як на репродуктивному здоров'ї жінок, так і на здоров'ї їх дітей. Дитяча інвалідність, за даними медичної статистики, на 60–70 % представлена патологією нервової системи. Провідною ж патологією нервової системи є ДЦП.

Нами було проведене психодіагностичне дослідження дітей молодшого шкільного віку, які проходять реабілітаційне лікування на базі неврологічної клініки доктора Яценко. У ході нашого дослідження були використані методики, що найбільш адекватно відповідають поставленій меті та віковим особливостям досліджуваної групи дітей, а саме:

- Методика "Мотиви вибору товариша";
- Інтерв'ю "Чарівний світ";
- Методика "Фантазія";
- Методика "Нісенітниці".

В результаті проведеного дослідження встановлено, що провідними змістовними характеристиками особистісних особливостей емоційної сфери дітей молодшого шкільного віку з ДЦП є низька психічна активність, дратівливість, знижений фон настрою, підвищений рівень тривожності, збільшення кількості страхів (в порівнянні зі здоровими дітьми) і їх неадекватний характер, наявність агресивних тенденцій. Патологічний розвиток особистості та емоційної сфери у дітей, хворих на ДЦП, обумовлений реакцією на усвідомлення та переживання дефекту, який формується на основі емоційного симптомокомплексу.

Особливості проявів порушень емоційної сфери у дітей, хворих на ДЦП, визначаються складною взаємодією таких факторів, як: тяжкість дефекту, наявність в анамнезі неприємних та болючих лікувальних процедур, стиль сімейного виховання і ряду інших.

Виходячи з отриманих результатів, була розроблена методика, направлена на компенсацію та зменшення негативного впливу інвалідизуючого захворювання ДЦП на психоемоційний стан дітей. Дана методика відноситься до категорії ігрової терапії, тому найкраще сприймається дітьми, хворими на

ДЦП. В ході ігрової терапії створюється такий психологічний і соціальний процес, в якому діти природним чином взаємодіють один з одним, моделюють систему соціальних відносин і соціального досвіду. Також вони набувають нові знання про себе і про світ, навчаються орієнтуватися в проблемних ситуаціях, набувають та вдосконалюють соціально-побутові навички та вміння адаптуватися в світі. У дітей формується здатність до довільної регуляції діяльності на основі підпорядкування нормам та правилам гри, тренується пам'ять, увага, мислення, розвивається уява, мова, моторні навички.

Таким чином, аналіз особистісних особливостей дітей, хворих на ДЦП, дає змогу розробити та підібрати дієві програми для корекції відхилень та патологічних проявів у їх психоемоційній сфері.

Н. В. БИК
студент напряму підготовки "психологія", Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького

Г. Б. ВАРІНА
ст. викладач кафедри психології, Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького

ЕМОЦІЙНІ ПРОЯВИ ЛЮДИНИ

Емоції — це переживання людиною свого ставлення до об'єктивної дійсності і до самої себе, задоволеність або незадоволеність власними діями. Актуальним є дослідження формування емоцій різного рівня і складності, що відбувається внаслідок розвитку певних форм зв'язку організму із зовнішнім середовищем.

Метою даної роботи є теоретичне вивчення емоційних проявів людини.

Емоції поділяють на біологічні, які пов'язані із задоволенням або незадоволенням життєво важливих потреб (голод, спрага, статевий потяг), і вищі емоції, що пов'язані із задоволенням або незадоволенням духовних (соціальних, моральних, пізнавальних і інших) потреб людини.

Обличчя людини є дивовижно організованим екраном, де через рухи мімічних м'язів відображаються найтонші порухи душі. Найцікавіше, що, незважаючи на індивідуальні та культурні відмінності, у всіх людей існують загальні, генетично обумовлені програми того, як саме емоції (радість, гнів, страх, здивування) виражаються у вигляді скорочень певних м'язів обличчя: чола, брів, повік, щік, губ, підборіддя. Основні особливості почуттів, за якими люди відрізняються один від одного, це спрямованість почуттів, їх глибина, стійкість, дієвість.

Поняття "вищі психічні функції" введено Л. С. Виготським. Спочатку, в ранньому дитинстві, вищі психічні функції існують як форма взаємодії між людьми і лише пізніше — як повністю внутрішній процес. Перетворення зовнішніх засобів здійснення психічного процесу у внутрішній носить назву інтеріоризації. Питання про пристосувальну роль емоцій найбільш повно дослідив І. П. Павлов. Він створив вчення про динамічні стереотипи — стійкі системи відповідних реакцій тварини і людини, які відповідають певній комбінації зовнішніх сигналів. Відомі основні шість базових емоцій, — це радість, печаль, здивування, страх, гнів і огида, — виявлялися в останні тридцять років науковцями, які намагалися скласти словник позначень емоцій, що асоціюються з різними виразами обличчя. Існують також інші емоції, що відображаються на обличчі, наприклад, сором і збудження, але вони поки до-

сліджені недостатньо ґрунтовно. На обличчі людини проявляються не тільки ці шість емоцій, але також і тридцять три їх різних поєднання. Страх виникає при нестачі інформації, потрібної для організації успішного захисту особи. Звідси поведінка, ініційована страхом — це втеча або нерухомість (ступор), біологічну доцільність якого спеціально підкреслював І. П. Павлов. Переляк (його не можна порівнювати зі страхом, бо страх виникає перед загрозливим впливом, а переляк — після впливу), — раптовий дефіцит відомостей про джерело і розмір несподіваною загрози. Горе спостерігається в ситуації гострої недостатності інформації про яку б то не було можливість заповнення втрати (розрада).

Як зазначає О. М. Новіков, пізнавальна діяльність породжує в людини своєрідний емоційний відгук у формі інтелектуальних почуттів. Предметом цих почуттів є як сам процес придбання знань чи інші розумові дії, так і результат пізнання.

В результаті досліджень у галузі військовій психології було встановлено, що відповіддю на сильні емоції є виразні рухи і фізіологічні зрушення в організмі людини, а саме: зміни в роботі серця, дихання, травлення, залоз внутрішньої секреції, а також безпосередній вплив емоцій на пізнавальні процеси людини — сприйняття, увагу, пам'ять, на процеси мислення. Тіло людини серйозно включається в проживання кожної емоції. Заглушаючи психіку, ми змушуємо тіло висловлювати ці емоції за двох. Таким чином формується психосоматичний симптом. Якщо людина не може дозволити собі проживати емоції за допомогою психіки, їй доведеться їх проживати за допомогою тіла. Всі психосоматичні симптоми — це витіснення, "не дозволені собі" емоції: багаторазово повторені, вони формують психосоматичні захворювання. Лікарі виділяють перелік яскравих психосоматичних захворювань, так звану "сімку захворювань": гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, виразковий коліт, гіпертиреоз, цукровий діабет. До негативних емоцій відносяться: незадоволеність, розчарування, гнів, пригніченість. Негативні емоції виникають в тому випадку, якщо діяльність людини надзвичайно ускладнена, коли воїн не справляється з завданнями або часто робить помилки і не отримує роз'яснення їх суті.

Всі форми залежностей — алкоголізм, куріння і переїдання, — це звичні механізми захисту від емоцій, які особистість вважає за краще не усвідомлювати і не проживати. Звичка повністю не усвідомлювати почуття призводить до того, що людина не розпізнає психічну загрозу, в неї просто зростає потреба в ліках, їжі, сигаретах, алкоголі. Тобто, емоції — це не тільки реакція психіки, але й реакція тіла. Будь-яка емоція супроводжується певними відчуттями в тілі. Загальні схеми мімічних рухів представників різних етносів (австралійський абориген, африканський пігмей, білий європеєць, американський індіанець тощо) при переживанні тієї чи іншої емоції будуть принципово схожими. І вже поверх цих подібностей накладаються в процесі соціалізації культурні відмінності, які вивчав, зокрема, Пол Екман. Так, на-

приклад, радість у всіх людей виражається посмішкою, але вона буде різною у росіянина, американця і японця.

Першим фізіономістом можна вважати Піфагора (570–490 рр. до н. е.). Фізіогноміка та її методи не втратили свого значення й сьогодні: дані цієї галузі знання використовують у психології управління, профорієнтаційній роботі, зокрема при підборі працівників. Дослідження Пола Екмана показали, що люди кардинально різняться за своєю здатністю читати і розуміти людські фізіономії. Він почав свої дослідження мікрорухів в кінці 1950-х років, приділяючи особливу увагу рухам рук і жестам. У 1967 році Пол Екман почав вивчення феномена брехні з дослідження клінічних випадків, коли пацієнти, які потрапили в стаціонар через спроби самогубства, починали стверджувати, що їм стало набагато краще. Вивчаючи відеозаписи в сповільненій зйомці, Пол Екман і Уоллі Фрізен побачили приховані негативні емоції в "мікровиразах" особи. Виявляється, досвідчений професіонал здатний помітити рухи особи, що пробігають в соті частки секунди (це межа для нашого зору). Зазвичай же спостережливі люди можуть розпізнати вирази особи, що тривають десяті частки секунди.

Розуміння емоційного досвіду важливо не тільки у міжособистих взаєминах, але і у стосунках із самим собою. Це розуміння призведе до усвідомлення найбільш особистих, індивідуальних і унікальних сторін нашого Я, — сторін, що визначають наше життя. Робота, особисте життя і навіть смерть можуть визначатися почуттями. Під впливом почуттів сексуальні потреби можуть залишатися незадоволеними, голод — невтоленним, а розпочата робота — незавершеною. Почуття здатні мотивувати нас жити своїм власним життям або життям іншої людини. Необхідно зрозуміти, як досягається відповідність між рухами тіла, виразом обличчя, тоном голосу і словами. Все це важливо для розуміння людей, тому що на людському обличчі відображені вираження емоцій.

У міру дорослішання чутливість людини до емоцій може змінюватися. Знання та досвід розпізнавання емоцій, здобуті в родині, надалі використовується в тій чи іншій мірі для розуміння емоцій інших людей. В щоденному спостереженні за ними (в процесі перегляду телевізійних передач, кінофільмів, при спілкуванні з близькими, друзями), удосконалюються та накопичуються знання про вирази обличчя. При цьому фактично кожна людина вміє правильно читати основні вирази обличчя, але лише окремі люди дійсно розуміють, коли або чому вони роблять при цьому помилки.

М. Р. БИКОВИЧ
студент факультету соціально-економічної освіти та управління НПУ імені М. П. Драгоманова
Науковий керівник: канд. психол. наук, доцент Г. А. Дьоміна

ПСИХОЛОГІЧНІ КРИЗИ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

Питома вага людей похилого віку старше 60 років станом на 2014 рік становила 15,32 %, а у 2017 році — вже 22 % від загальної кількості населення України. Враховуючі такі тенденції старіння населення, збільшення кількості людей похилого віку та виникнення психологічної кризи у представників зазначеної категорії населення, пов'язаної з віковою зміноюсоціального статусу, зокрема при виході на пенсію, актуальність даного дослідження полягає в тому, що зростає кількість людей похилого віку, які потребують психологічної допомоги з боку установ соціальної сфери.

Метою нашого дослідження є теоретико-аналітичне вивчення джерел наукової літератури з проблеми психологічної кризи людей похилого віку.

На основі аналізу наукових праць таких відомих учених, як Е. Еріксон, Г. Абрамова, Л. Вольнова, Л. Долинська, М. Єрмолаєва, З. Огороднійчук, О. Скрипченко, О. Холостова, О. Хухлаєва та ін., можна стверджувати значущість проблеми дослідження психологічних криз у даної категорії населення. В похилому віці, зазвичай, відбувається загальне зниження психічної активності, наприклад, зменшення уваги, труднощі у зосередженості. Знижується загальна інтелектуальна діяльність, але вербальні навички залишаються на високих показниках, на відміну від кмітливості. На сучасному етапі психологічні кризи у людей похилого віку починають проявлятися поступово, з настанням передпенсійного віку або з виходом на пенсію, внаслідок чого найчастіше кардинально змінюється життя, викликаючи негативні психоемоційні переживання. Але рівень психологічної кризи залежить від сукупності багатьох факторів, зокрема, соціального статусу, професії, характеру праці, ступеня психологічної підготовленості індивіда, цінностей, життєвих орієнтацій та позицій, які склалися впродовж життя. За сукупністю низки характеристик (рівень активності, ставлення до оточуючого світу і себе, задоволеність своїм життям) розрізняють два основних особистісних типу людей похилого віку. Так, люди похилого віку, яких віднесено до І типу,стійко переживають вихід на пенсію, здатні переключатися на нові заняття, цікаві справи, встановлюють нові дружні зв'язки, здатні контролювати себе та своє оточення. Все це призводить до переживання ними почуття задоволеності життям і навіть збільшує його тривалість. Навпаки, люди похилого віку, віднесені до ІІ типу, пасивно ставляться до життя, відчувають відчуження з боку оточуючих, в них спостерігається звуження кола інтересів, втрата поваги до

себе, відчуття непотрібності та особистісної неадекватності. Е. Еріксон вважає, що одне із основних завдань старості — це досягнення цілісності, усвідомлення та прийняття прожитого життя, як внутрішньо необхідного та єдино можливого: цілісність ґрунтується на розумінні того, що життя відбулося і в ньому вже нічого не можна змінити; мудрість полягає у прийнятті власного життя цілком, зі всіма його злетами і падіннями, у відсутності гіркоти з приводу неправильно прожитого життя і неможливості почати все спочатку. Постає питання про основні прояви кризового стану в людей похилого віку. По-перше, у даної категорії населення виникає думка, що життя закінчилося, спостерігається неприйняття самої старості. По-друге, зниження настрою людини похилого віку, особливо, коли вона, працюючи, була центром уваги, вирішуючи дуже складні питання у професійній діяльності. По-третє, прояви старіння розглядаються як симптоми хвороби, які, на думку людей похилого віку, треба лікувати, тому вони починають боротьбу із старінням, і це стає їх основним заняттям. Зокрема, Дж. Пек виділяє підкризи даного періоду: перша підкриза — це переоцінка свого "Я" після виходу на пенсію та втрати соціальної ролі у своєму новому житті; друга підкриза проявляється в погіршенні стану здоров'я; третя підкриза спонукає людину похилого віку до роздумів про власний відхід із цього життя. Як підкреслює О. Холостова щодо фізичного самопочуття людей похилого віку, то у віці 50–65 років 40,2 % осіб виявляють 4–5 хвороб, а у віці 75 років і старше — вже 65,9 % осіб мають більше 5 хвороб. Привертає увагу і психічний стан здоров'я людини похилого віку враховуючи її особистісне ставлення досамої старості та знання про процес старіння. Кожна людина похилого віку проживає дуже непросте життя, зазнаючи і стресів, і страждань. Слід враховувати, що в процесі старіння під впливом нового соціального середовища у людини похилого віку деформується також її характер. До речі, коли людина працює, то вона зберігає риси свого характеру, які сформувалися під впливом сім'ї, оточуючих. Але в процесі старіння відбувається деформація певних рис характеру, зокрема, спостерігаються прояви вразливості, істеричності, замкнутості, тривожності, регрес розумових здібностей. Що стосуєтьсясоціального функціонування людей похилого віку, то привертають увагу їх скарги на самотність, відірваність від звичного оточення та небажання заводити нові знайомства, або відсутність дітей, онуків, родичів.

Таким чином, людині похилого віку дуже важко відмовитися від ідеалізованого уявлення про себе, змінити свою життєву позицію, цінності, поведінку, враховуючи перехід до нового соціального статусу. У зв'язку з цим, соціальний працівник повинен враховувати загальні та індивідуальні особливості людей похилого віку в процесі вирішення їхніх проблем.

З. Д. БІЛОКОПИТОВА
студент факультету соціально-економічної освіти та управління
НПУ імені М. П. Драгоманова
Науковий керівник: канд. психол. наук, доцент Г. А. Дьоміна

ПРОБЛЕМА КОНФЛІКТУ В ПЕДАГОГІЧНІЙ ВЗАЄМОДІЇ

В наш час усе більшого значення набуває проблема взаємодії учасників навчального процесу. Виникає вона через низку факторів, пов'язаних із динамікою, розвитком та змінами у суспільстві. Ці фактори загострюють проблеми поколінь, а разом із тим взаємодію вчителя з учнями та з колегами. Сьогодні, спеціаліст, який потрапляє на роботу до навчального закладу стикається одразу із проблемою встановлення комунікації зі своїми підлеглими — учнями, які навіть у своєму юному віці вже мають свій погляд на світ, своє до нього ставлення, що значно відрізняється від дорослої людини, навіть, якщо різниця у віці не така велика (наприклад, 5–10 років). Разом з тим виникає та ж сама проблема і з старшими колегами або адміністрацією, але вже в зворотному напрямку. Проте, окрім проблеми пристосування до нового місця роботи, в процесі педагогічної діяльності, в працівника можуть виникати й інші проблеми, конфліктні ситуації, що визначає актуальність дослідження конфліктів у педагогічній взаємодії.

Метою нашого дослідження є теоретичний аналіз джерел наукової літератури з проблеми конфліктів у педагогічній взаємодії.

Конфлікти в навчальному закладі поділяють на прості та складні. Прості — це ті конфлікти, які вирішують без стороннього втручання. До складних конфліктів відносять конфлікти діяльності, взаємин, вчинків.

Конфлікти діяльності виникають у випадку невиконання одним із учасників поставлених робочих або навчальних завдань, обговорення яких у подальшому може призвести до загострення напруги у колективі або перерости у конфліктну ситуацію.

Конфлікти поведінки або конфлікти вчинків можуть виникати у випадку порушення одним із учасників педагогічної взаємодії правил поведінки, статуту, моральних норм та ін., що не пов'язане із навчальною або трудовою діяльністю. Прояви даного виду можуть полягати у агресивній поведінці та іншими проявами девіацій з боку однієї з конфліктуючих сторін.

Н. С. Єфімова характеризує конфлікти взаємин як такі, що здебільшого виникають у емоційно-особистісній сфері взаємин серед учасників педагогічного процесу, стають наслідком частих попередніх конфліктів різних видів та можуть призводити до формування упередженого ставлення учасників взаємодії один до одного або до навчального процесу загалом.

Поряд з міжособистісними конфліктами, часто можуть виникати конфлікти внутрішньо особистісні, причому інколи, навіть, як наслідок попередніх. На думку В. П. Ратнікова, результатом таких конфліктів можуть стати:

- незадоволеність роботою або життям загалом;
- неможливість самореалізації;
- низька самооцінка;
- неможливість професійного розвитку;
- професійне вигорання та ін.

Ці, а також інші наслідки деструктивних, не вирішених, конфліктів серед учасників педагогічної взаємодії, неминуче призводять до зниження продуктивності та ефективності праці, погіршення психологічного стану особистості, а іноді й фізичного здоров'я.

Загострення конфліктів, відсутність їх конструктивного розв'язання, сприяють поглибленню стереотипно-негативного ставлення до навчальної та трудової діяльності. З метою профілактики та вирішення подібного роду проблеми, Г. Доміна (G. Domina) обґрунтовує необхідність роботи в навчальних закладах штатних психологів, соціальні педагогів, а також відповідної діяльності кваліфікованих педагогічних працівників з числа адміністрації закладу, зокрема, щодо створення психологічної служби, здійснення діагностичної, профілактичної або інтервенційної роботи з усіма учасниками педагогічної взаємодії, що є неймовірно актуальним у час стрімкого розвитку всіх галузей діяльності.

К. О. БОВТРУК
студент факультету соціально-економічної освіти та управління
НПУ імені М. П. Драгоманова
Науковий керівник: канд. психол. наук, доцент Г. А. Дьоміна

СІМЕЙНІ КОНФЛІКТИ: ПРИЧИНИ, ХАРАКТЕРИСТИКА, ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

Сім'я є найстарішою і найбільш стійкою формою життя людей. Вона відображає систему відносин людини до себе і оточуючих.

Роль сім'ї в суспільстві є найголовнішою, і вона не зрівняється ні з яким іншим соціальним інститутом. Сім'я сприяє розкриттю індивідуальності, творчих можливостей, позитивнихустановок, досягненню суспільно-значущих цілей і самореалізації особистості.

В основі сімейних відносин — почуття любові, як вищий рівень емоційно позитивного ставлення людини до людини. Проміжними формами любові є закоханість, любовні відносини, які нетривалі за часом та з легкістю можуть змінитися на інший тип відносин. Найбільше загрожує сімейній гармонії перехід від любові до утилітарно-ділових відносин, обмежених виконанням подружніх ролей, яке не приноситьзадоволення. Тому проблема внутрішньосімейних конфліктів є важливою та актуальною.

Метою даної роботи є здійснення аналітичного огляду джерел наукової літератури з проблеми сімейних конфліктів.

Класичне визначення сім'ї говорить, що сім'я — це мала соціальна група, члени якої пов'язані шлюбом, батьківством і спорідненням, спільністю побуту, загальним бюджетом і взаємною моральною відповідальністю.

Наприкінці 1980-х рр. Н. В. Малярова представила роль конфлікту в функціонуванні сімейної структури. В цей же період А. Д. Тартаковський описав конфлікти в сфері шлюбно-сімейних відносин і запропонував основні шляхи їх усунення. В. А. Сисенко проаналізував один із типів сімейних конфліктів — подружній, виділивши причини його виникнення, а А. І. Тащева розглянула атрибутивні процеси в подружніх конфліктах. А. Н. Волкова описує сімейні конфлікти з точки зору психологічного консультування. В. П. Левкович і О. Е. Зуськова застосували соціально-психологічний підхід до вивчення подружніх конфліктів.

Різні види конфліктів на різних стадіях становлення сім'ї мають свої характеристики, свої стадії, свою динаміку, свої особливості. Попередження і вирішення сімейних конфліктів залежить від усіх членів сім'ї, але насамперед — від конфліктуючих сторін, подружжя.

Подружні взаємини — це сукупність соціально регламентованих відносин між шлюбними партнерами. Вони є частиною сімейних і, водночас, знач-

но відрізняються за змістом, функціями, структурою від відносин любові. Сімейні конфлікти є однією з найпоширеніших форм конфліктів. За оцінками фахівців, у 80–85 % сімей відбуваються конфлікти, а в інших

15–20 % виникають сварки з різних приводів.

Сімейні конфлікти — це протиборство між членами сім'ї на основі зіткнення протилежно направлених мотивів і поглядів. Сімейні конфлікти мають свої особливості, врахування яких необхідне при попередженні та подоланні таких конфліктів. Однією з найголовніших характеристик сімейних відносин є те, що їх основний зміст складають як міжособистісні стосунки (любов, кровна спорідненість), так і правові й етичні зобов'язання, обумовлені реалізацією функцій сім'ї: репродуктивної, виховної, господарсько-економічної, організації дозвілля і відпочинку, комунікативної та регулятивної.

Сімейні конфлікти відрізняються своїми причинами. Найважливішими з них є:

- обмеження свободи, намагання постійно контролювати партнера;
- пристрасть одного з членів подружжя до неправильного способу життя (алкоголізм, наркоманія і т. д.);
- жорсткий тип взаємостосунків, що склалися в сім'ї;
- матеріальні проблеми;
- втручання батьків у сімейні відносини подружжя;
- сексуальна дисгармонія партнерів ушлюбі й ін.

М. І. Пірен виділяє інші причини конфліктів усім'ї. Вона приводить чинники, які найчастіше призводять до конфліктів:

- коли ви надто багато очікуєте від партнера (партнерші), роблячи його (її) відповідальними за ваше особисте щастя;
- неправильно ставитеся до сексуальних потреб у подружньому житті;
- заздрите успіхам партнера (партнерші) в сімейному житті;
- несерйозно ставитеся до його (її) проблем і турбот;
- зневагою даєте зрозуміти: "ти вже не така велика цінність для мене";
- даєте зрозуміти про його (її) зовнішню (внутрішню) непривабливість.

Динаміка сімейних конфліктів характеризується класичними етапами (виникнення конфліктної ситуації, усвідомлення конфліктної ситуації, відкрите протиборство, розвиток відкритого протиборства, вирішення конфлікту й емоційне переживання конфлікту). Проте сімейні конфлікти характеризуються емоційністю, швидкістю протікання кожного з етапів, формами протиборства (докори, образи, сварка, сімейний скандал, порушення спілкуванняі т. п.), а також і способами їх подолання (примирення, досягнення згоди, полагодження відносин на основі взаємних поступок, розлучення й ін.).

Частота сімейних конфліктів є показником стабільності шлюбу. У нестабільних подружніх стосунках часто виникають сварки, непорозуміння, які призводять до скандалу.

Нормальні подружні відносини будуються на таких характеристиках:

- взаєморозуміння, — навички взаєморозуміння виробляються, наприклад, за допомогою ігрових методів активного спілкування для мо-

лодят; предметом спілкування може бути питання: “Нащо і чому ти витратив (ла) таку суму грошей?”;
- сумісність різних рівнів — фізіологічна; ділова (спрацьованість); психоемоційна (зацікавленість один одним, співпереживання); ціннісно-орієнтаційна; функціонально-рольова;
- зацікавленість один одним;
- привабливість (симпатія), впливає на сприймання партнера в напрямку перебільшеної оцінки позитивних і недооцінки негативних його рис.

Важливою в сім’їє свобода кожного з подружжя:
- свій простір;
- повага до іншого, до його інтересів та уподобань;
- кожен член сім’ї повинен не ухилятися від сімейного впливу, а навчатися керувати ним;
- розподіл ролів та обов’язків у сім’ї.

До основних шляхів подолання сімейних непорозумінь та конфліктів можна віднести:
- формування психолого-педагогічної культури, знань з основ сімейних відносин (в першучергу це стосується подружжя);
- виховання дітей з урахуванням їх індивідуально-психологічних і вікових особливостей, а також емоційних станів;
- рівноправність, взаємодопомога, взаємна відповідальність, довіра і пошана;
- формування культури спілкування.

Розбіжності в системах ціннісних орієнтацій подружжя можуть слугувати підґрунтям для багатьох сімейних конфліктів, зокрема таких, як конфлікт сімейних ролей, боротьба за лідерство в сім’ї, конфлікт як засіб зняття напруження, конфлікт як захист власного “Я”.

Для недопущення сімейних конфліктів потрібно будувати відносини на повазі, довірі, любові.

А. Т. БОНДАРУК
студент V курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП",
Науковий керівник: д-р мед. наук, доцент Н. В. Коляденко

АНАЛІЗ ДІАГНОСТИЧНИХ ЗАСОБІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ДОШКІЛЬНЯТ ДО НАВЧАННЯ

Актуальність теми нашого дослідження обумовлюється тим, що в умовах глобалізаційних змін та керуючись Законом України про дошкільну освіту, на часі модернізація змісту дошкільної освіти, гуманізація її цілей та принципів, переорієнтація на розвиток особистості дитини як основний ресурс, що визначає поступальний рух суспільства. Усі заходи виховання повинні бути спрямовані на розвиток дошкільника, на виконання завдань дошкільної освіти: збереження та зміцнення фізичного, психічного і духовного здоров'я дитини; формування її особистості, розвиток творчих здібностей, набуття нею соціального досвіду.

Сутність особистості становлять не стільки можливості дитини, її знання та навички, скільки мотиваційна сфера. Для цього у Базовому компоненті, який є Державним стандартом дошкільної освіти України, введено поняття "Хочу", тобто можливості дитини — знання, уміння, навички, звички, здібності та поняття "Можу", а саме потреби дитини — бажання, прагнення, ставлення, наміри, плани. В документі підкреслюється, що в ідеалі можливості належить здійснювати, а потреби — задовольняти, принаймні значущі для особистого становлення та особистісних механізмів регуляції поведінки, щоб досягнути цілі "Буду".

Що стосується психологічного розвитку дитини дошкільного віку то він характеризується можливістю дитини проявити свою продуктивну активність у взаємодії з навколишнім світом через різні види діяльності. Така розвиненість передбачає фізичний, психічний, емоційний, пізнавальний і особистісний розвиток дитини. Вказані якості є фундаментальними для новоутворень дошкільного дитинства, вони визначають психічну активність дитини як суб'єкта розвитку та подальшого саморозвитку і забезпечують легку адаптацію дитини до нового соціального статусу — статусу учня початкової школи.

Метою даної роботи є аналіз діагностичних засобів, які виявляють психологічну готовність дошкільнят до навчання у школі, визначають провідні тенденції у світосприйманні дитини, індивідуальні та загальні особливості її формування у онтогенезі дошкільного дитинства.

Дошкільний вік (*preschool age*) — період розвитку ("вік гри" з 3 до 6/7 років), під час якого відбувається засвоєння основних прийомів знаряддєвої

діяльності і норм соціальної поведінки, перехід від імпульсивної та ситуативної поведінки до поведінки, опосередкованої правилами або зразками.

У дошкільному віці відбувається уповільнення темпів приросту ваги і зросту, яке зберігається до підліткового віку. Кожен рік вага збільшується в середньому на 2 кг, а зріст — на 8 см. Зміна пропорцій тіла призводить до зміщення центра тяжіння. Триває розвиток кісткової системи: хрящі перетворюються в кістки. Формується скелетна система. Починається заміна молочних зубів постійними. Частота пульсу знижується. Зростає фізична сила дитини. Після 6 років розпочинається мікрофаза статевого дозрівання, що триває до 10 (11) років. Відбуваються суттєві фізіологічні зміни у головному мозку: розміри його протягом дошкільного віку поступово наближаються до розмірів мозку дорослої людини, кора великих півкуль остаточно спроможна контролювати дію підкіркових центрів.

Починаючи із 5 років завдяки морфологічній перебудові мозку дитина здатна до довільних дій. Продовжується утворення нових і підсилення раніше утворених між нейронних зв'язків. Відбувається оформлення латералізації функцій і визначення провідної руки, проходить виявлення асиметрії мозку дитини. Паттерни функціонування головного мозку і спеціалізація півкуль, тобто, визначається перевага правої або лівої руки, вони стають відносно стійкими. Формується фізіологічна готовність до нового виду діяльності — учіння. Відбувається становлення константи сприймання.

Компетентним щодо психічного здоров'я можна вважати дошкільника, який прагне активно пізнавати світ, виявляє готовність до розв'язання проблемних ситуацій, здійснює елементарні розумові дії, володіє початковими формами дослідництва, вміє спостерігати, сприйнятливий, допитливий, уважний, уміє відрізняти головне від другорядного, має активну спрямованість на своє здоров'я, що базується на визначенні його високої об'єктивної значущості в суспільстві та суб'єктивного особистісного смислу.

Дуже швидко та інтенсивно у дошкільному віці відбувається світосприймання та пізнання світу. Дитина вивчає навколишні об'єкти, визначає їхні властивості, будує образи різних предметів, що згодом складаються у загальну конструкцію— картину світу.

Розглянемо готовність дітей шостого (сьомого) року життя до навчання в аспекті досліджень Л. Божович, Л. Виготського, Л. Венгера, К. Гуревича, Д. Ельконіна, В. Котирло, О. Леонтьєва, щодо соціальної ситуації розвитку особистості, "внутрішньої позиції школяра", що визначає готовність дитини відвідувати школу та почати вчитися.

Серед соціальних мотивів Л. Божович називає "потреби дитини в спілкуванні з іншими людьми, в їх оцінці й схваленні, бажання дошкільника зайняти певне місце в системі доступних йому суспільних відносин". Науковець, розглядаючи особливості психічного розвитку дитини старшого дошкільного віку, відзначала важливість наявності, необхідність сформованості такого новоутворення, як "внутрішня позиція школяра". На її думку, цей показник є основним критерієм готовності дитини до школи, що полегшує подальше

навчання. “Внутрішня позиція школяра” є системою потреб, пов’язаних з учінням як новою, серйозною, справжньою, суспільною діяльністю, що втілює в собі новий, суспільнозначущий і, отже, дорослий спосіб життя.

Мотиваційна готовність, тобто наявність у дітей бажання навчатися – саме це прагнення стати школярем, виконувати правила поведінки школяра та мати його права та обов’язки і складають внутрішню позицію школяра, яка є основою готовності до школи. Внутрішня позиція школяра, то є прагнення до навчання у школі і готовність дотримуватися шкільних обов’язків і правил, а також є головною складовою, основою психологічної готовності до школи, основою того, що в нових обставинах дитина буде почувати себе комфортно.

Готовність до школи це не окремі знання і вміння, а їх певний набір, в якому повинні бути присутніми всі основні елементи, хоча рівень їх розвитку може бути різним. Це перш всього мотиваційна, особиста готовність, до якої входить “внутрішня позиція школяра”, вольова готовність, інтелектуальна готовність, а також достатній рівень розвитку зорово-моторної координації. Це наявність у дитини більш високого рівня психологічного розвитку, який і забезпечує будь-яку регуляцію уваги, пам’яті, мислення, дає можливість дитині читати, вважати, вирішувати завдання.

Основним методом вивчення психічного розвитку дитини є експеримент. Саме цей метод дозволяє змінити умови протікання психічних процесів, дає можливість виокремлювати окремі його елементи і піддавати їх більш детальному аналізу.

До такого виду експерименту, безсумнівно, належить метод тестів, який в дійсності народився як розвиток експериментального метода, його визначають як особливий різновид психологічного експерименту. Так, в розумінні К. К. Платонова, тест — це “короткий експериментально-психологічний метод, який досліджує той чи інший психічний процес, тобто функціональний тест, особистість в цілому, як проективний тест”. Розглянемо основні компоненти психологічної готовності дитини до навчання у школі методом тестування.

В цілях знайомства з дитиною, з її головними проблемами в дошкільному віці, доцільно використатитестову методику “Інтерв’ю “Чарівний світ”. В інтерв’ю дитині пропонується ідентифікувати себе зі всемогутнім чарівником, який може зробити все, що захоче, в чарівній країні і в нашому реальному світі: перетворитися в будь-яку істоту, в будь-яку тварину, стати маленьким або дорослим, хлопчикові стати дівчинкою і навпаки і т. п. По ходу інтерв’ю ідентифікація зі всемогутнім чарівником слабшає, і в кінці інтерв’ю психолог виводить дитину з ролі чарівника. Дана методика є зручним засобом встановити контакт з дитиною, дозволяючи їй пережити в грі багато значущих для неї моментів. У цьому полягає психотерапевтичний ефект даної методики. Після кожної відповіді дитину слід запитати, чому вона зробилаби ту чи іншу справу, перетворилася на когось і т. п. Ці пояснення є основою для змістовної інтерпретації результатів. Інтерпретація даних в значній мірі базу-

ється на відповідях дитини на питання “чому”, “навіщо”, оскільки в них діти говорять про свої потреби, які є значущими переживаннях. Іншою основою інтерпретації є змістовний аналіз відповідей, який поглиблює уявлення про переживання дитини і про реальну життєву ситуацію. Невербальні прояви також дають багато інформації.

Для оцінки загального орієнтування в навколишньому світі дітей і для з’ясування запасу їх побутових знань використовується тестова методика “Загальна орієнтація дітей в навколишньому світі і запас побутових знань”. Щоб з’ясувати загальну орієнтацію дітей тазапаспобутових знань використовується перелік питань. Протягом часу, відведеного на відповідь, дитині можна задавати додаткові питання, що полегшують, але непідказують правильну відповідь.

Визначаючи особистісну готовність дитини до шкільного навчання необхідно виявити і специфіку розвитку сфери продуктивності. Продуктивність поведінки дитини проявляється при виконанні вимог, конкретних правил, що задаються вчителем, під час роботи за зразком. Тому особливості довільної поведінки простежуються не тільки при спостереженні за дитиною на індивідуальних і групових заняттях, але і за допомогою спеціальних методик. Досить широко відомий орієнтаційний тест шкільної зрілості, а саме завдання А. Л. Венгера “Домалюй мишкам хвости” (рис. 1) і “Намалюй ручки для парасольок” (рис. 2), де мишачі хвости і ручки для парасольок це елементи літер.

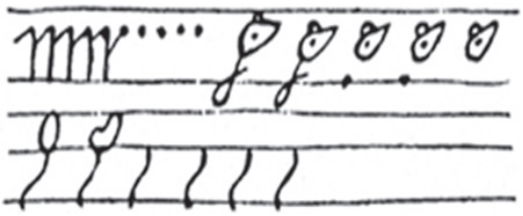


Рис. 1. **Стимульний матеріал “Намалюй мишкам хвости”, “Намалюй красиві рівні кульки, потім розфарбуй їх”**



Рис. 2. **Стимульний матеріал “Домалюй парасолькам ручки”**

Дитина, намагаючись виконати завдання, малює фігури, схожі на задані, орієнтується тільки на зразок, поєднуючи різні точки і звіряючись з зразком (рис. 3). Таким чином методика виявляє рівень орієнтування дитини на складну систему вимог.



Рис. 3. **Стимульний матеріал “Домалюй квіти”**

Для визначення, чи є у дошкільника інтерес до навчання, яка саме у нього вихідна мотивація та пов'язаних з нею самооцінка, тривожність та вольова готовність дитини до навчання у школі пропонується методика "Ставлення дитини до навчання в школі". В даній методиці дитині пропонується серія питань:

1. Чи хочеш ти піти в школу?
2. Навіщо потрібно ходити до школи?
3. Чим ти будеш займатися в школі? (Варіант: чим зазвичай займаються в школі?)
4. Що потрібно мати для того, щоб бути готовим йти в школу?
5. Що таке уроки? Чим на них займаються?
6. Як потрібно поводитися на уроках у школі?
7. Що таке домашні завдання?
8. Навіщо потрібно виконувати домашні завдання?
9. Чим ти будеш займатися вдома, коли прийдеш зі школи?
10. Що нового з'явиться в твоєму житті, коли ти почнеш вчитися в школі?

Максимальна кількість балів, яку дитина може отримати за цією методикою, дорівнює 10. Вважається, що дошкільник практично психологічно готовий йти вчитися в школу, якщо правильні відповіді отримані як мінімум на половину всіх поставлених запитань.

Таким чином, застосовуючи проаналізовані методики тестування, можна зрозуміти, наскільки дитина дошкільного віку готова до навчання у школі. Чи накопичила вона до старшого дошкільного віку досвід практичних дій, достатній рівень розвитку сприйняття, пам'яті, уяви та мислення,що підвищують у дитини почуття впевненості в своїх силах. Це виражається в постановці все більш різноманітних і складних цілей, досягненню яких спонукає вольова регуляція поведінки. Щоб дитина 6–7 років могла впевнено навчатися, прагнути до далекої, в тому числі і уявної мети, витримуючи при цьому сильну вольову напругу протягом досить тривалого часу.

Г. Б. ВАРІНА
ст. викладач кафедри психології Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького

О. О. ПРОКОФ'ЄВА
канд. психол. наук, доцент, доцент кафедри психології Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ СТІЙКОСТІ МАЙБУТНЬОГО ПСИХОЛОГА В ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ

Гуманізація, модернізація та реформування сучасної вищої освіти потребують побудови моделі фахівця нового стандарту. Сучасне українське суспільство, переживаючи часи деформацій та зміни соціально-політичного, економічного, суспільного устрою, висуває підвищені вимоги до майбутнього фахівця у галузі практичної психології. Поступово відбувається перебудова системи організації вищої освіти, трансформуються погляди щодо підготовки фахівців різних спеціальностей. Дедалі більш актуальним стає питання формування професійного пласту спеціалістів у царині психології. Розвиток суспільства вимагає нових підходів щодо підготовки майбутніх фахівців-психологів.

Особистість — система соціально-підпорядкована й розвивається відповідно до законів і норм суспільства, якому належить. Її ідентифікація здійснюється завдяки соціальній зацікавленості, що виражається в гармонійному взаємозв'язку її інтересів і потреб. А. Адлер вважав,що здатність бути соціально зацікавленою властива кожній людині, однак для того, щоб вона виявилася, необхідні певні умови. Такими виступають: задоволення потреби людини бути прийнятою як цінність, що поєднує людей (Г. Берно, А. Маслоу); стимулювання прагнення зробити певний внесок у благополуччя всіх, хто живе в цьому суспільстві, що в свою чергу забезпечує статус індивіда (Е. Бондаревська); підтримка відчуття бути гідним, значущим серед усіх інших не стільки за матеріальним, скільки за особистісним внеском у суспільство (І. Кон, М. Мід). Зазначені умови в стабільному суспільстві забезпечують його стійкий розвиток як безперервного цілеспрямованого процесу по задоволенню соціальних й індивідуальних потреб. Соціальний прогрес розуміється не тільки як збагачення духовних цінностей, але й у деяких випадках, таких як боротьба з носіями антагоністичних цінностей, що властиво, на думку С. Рубінштейна, стійкому стереотипу поводження людини, "відносно незалежному від зовнішньої матеріальної дії". Вищевказані прояви активності людини В. Чудновський називає "моральною стійкістю", Л. Сирот-

кін — "соціальною стійкістю". Узагальнена характеристика вищевказаних елементів являє собою взаємозв'язок усвідомлених моральних суджень, що стали керівництвом до дії для майбутнього фахівця, і одночасно особистісних якостей, що визначають поведінку, дії й відносини.

Метою даної статті є виявлення особливостей особистості майбутнього психолога, що впливають на формування його соціальної стійкості.

Стійкість — це активність самоорганізації, яка здійснюється високорозвиненими системами шляхом зміни себе відповідно до навколишніх умов, за наявності зворотного зв'язку. "Кожна стабільна система, — пише У. Р. Ешбі, — володіє тією властивістю, що якщо її вивести зі стану рівноваги і надати самій собі, то її подальші зміни опиняться в такій відповідності з початковими відхиленнями, що система повернеться до стану рівноваги".

Провівши аналіз досліджень з питання підготовки майбутніх психологів до професійної діяльності, можна зробити висновок, що більшість дослідників так чи інакше підкреслює значущість у діяльності психолога рівня його соціальної активності, гуманістичної спрямованості, особистісного розвитку, самореалізації його особистості. Шляхи активізації даного процесу різні: самопізнання як важливий елемент освіти майбутніх практичних психологів у вузі (Н. Ф. Шевченко, Т. В. Скрипченко); формування спрямованості психолога-студента на оволодіння теоретичними та практичними знаннями, уміннями, (А. Г. Самойлова, О. П. Саннікова); використання активних методів і засобів навчання, різноманітних тренінгів, розв'язування психологічних ситуацій та ін. (С. В. Васильківська, П. П. Горностай, В. І. Карікаш, Л. І. Уманець, Т. С. Яценко та ін.); формування соціальної та особистісної позиції у процесі фахової підготовки психолога (Н. І. Пов'якель, О. Л. Подоланюк). Коли мова йде про стійкість людини, про стійкість його особистості, мова повинна йти не про будь результаті, а про результат, що відбиває мету цілеспрямованої життєдіяльності людини. Спираючись на це положення, З. К. Каргієва запропонувала розглядати стійкість в трьох аспектах — як мету, результат і критерій функціонування педагогічних систем у професійній освіті.

Значущою для нашого дослідження є концепція В. Лисовського, націлена на розвиток ініціативи, творчості, активності молодого покоління в процесі соціалізації. Активність розширює зіткнення молоді із зовнішнім світом, сприяє збагаченню її знань, придбанню досвіду. У своїй оригінальній концепції соціалізації-ювентизації вчений уважає, що соціалізація не є лише пасивним відбиттям дійсності, своєрідним дзеркалом соціальних умов і суспільних впливів. Це своєрідний "процес суспільного омолодження суспільства, що протидіє відсталості, інерції, застою".

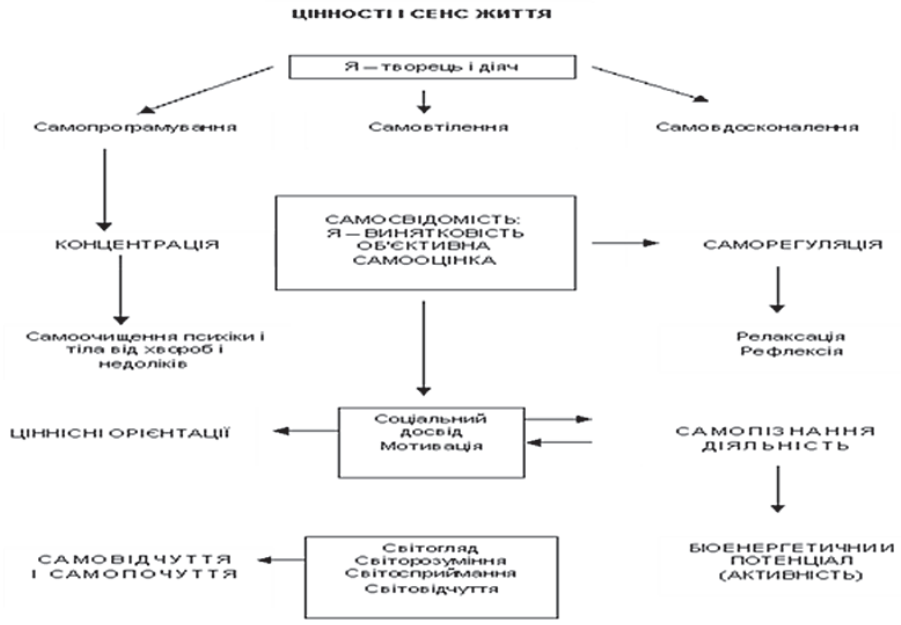
Відомий болгарський соціолог П. Митєв назвав дане трактування "ювентизацією", маючи на увазі зміни, внесені молоддю в суспільні відносини. За своїм змістом ювентизація є специфічним видом творчості, породженим доступом молоді до соціально-політичного й громадського життя суспільства. Оптимальним способом співвідношення соціалізації і ювентизації є соціаль-

на ініціатива, коли молоде покоління не просто пристосовується до суспільства, але й стає суб'єктом соціальної діяльності. У цьому випадку важливим критерієм відмінності зрілої особистості від інфантильної є диференційована самооцінка, здатність самостійно приймати рішення. При цьому автор виділяє поняття соціальної активності в процесі соціалізації — ювентизації, а під змістом цього процесу розуміє вироблення відповідних соціальних позицій особистості.

Для нашого дослідження принципово важливим є те, що попередниками у вивченні цієї проблеми встановлено: уявлення майбутніх фахівців про самих себе тоді буде об'єктивним і глибоким, коли творчо включиться в усі сторони прояву його самостійності, увійде в його "Я-концепцію" (Л. Божович, Т. Драгунова, І. Кон та ін.) (рисунок).

У рамках загальної картини формування Я-концепції, розкривається наступна логіка системи соціальної самореалізації:

- На етапі світосприймання починаються всі позитивні або негативні прояви самореалізації, невипадково визначають екстремальні прояви аморальності. Емоційна сприйнятливість до світу визначає моральну сприйнятливість до людей і до себе.
- Самореалізація — це самовтілення сукупності всіх уявлень людини про себе самого. Чим об'єктивніше це уявлення, тим повноціннішою є соціальна самореалізація індивіда.
- Соціальний досвід — точка опори для корекції світосприйняття й самовтілення.
- Самовідчуття й самопочуття є підставою для формування ціннісних орієнтацій, а останнє постійно використовується для розуміння причин задоволень і невдоволень, успіхів і невдач.
- Повноцінність самореалізації втілюється в головні елементи Я-концепції індивіда: самопрограмування, самовтілення свого ідеального "Я".



Механізм формування Я-концепції майбутнього фахівця

Самоусвідомлення майбутнім психологом свого соціального досвіду й співвіднесення соціальних й індивідуальних цінностей вимагає усвідомлення Я як активного початку, як суб'єкта діяльності, оформлення образу Я як цілісного утворення (Р. Берні, В. Байки, А. Захарова, Б. Круглов, Ю. Кулюткин та ін.). Тому органічно соціальна стійкість уходить до системи соціальної свідомості й самосвідомості через Я-концепцію майбутнього фахівця.

І. А. ДВОРНИК
студент факультету соціально-економічної освіти та управління
НПУ імені М. П. Драгоманова
Науковий керівник: канд. психол. наук, доцент Г. А. Дьоміна

КОНФЛІКТНІ ВЗАЄМОСТОСУНКИ ТА ВПЛИВ ЖІНКИ НА ЧОЛОВІКА

Взаємовідносини між чоловіком та жінкою — це тема, про яку можна говорити вічно. Найчастіше, пишучи про відносини чоловіків та жінок, описують обидві сторони. Але, сьогодні, ми акцентуємо увагу на жіночій стороні, що, з урахуванням сучасних поглядів гендерної психології, видається важливим і актуальним.

Отже, метою нашого дослідження є визначення, на основі теоретичного аналізу наукових джерел літератури, ролі жінки в сімейних стосунках і, насамперед, у конфліктних ситуаціях.

Для початку варто звернутися до праць клінічного психолога М. Вайян. У своїй книзі "Як кохають жінки", вона описує те, що "весь геній жінки полягає у вмінні "народити" у чоловікові чоловіка". Дуже тонко написано, тому ми спробуємо зануритися глибше.

Ще З. Фрейд писав, що відносини чоловіка та жінки базуються на тому, наскільки часто вони зазирають у свої пристрасті і слабості. З цим твердженням погоджується і К. Хорні, яка досліджувала стосунки жінок з протилежною статтю. Можливо, припускав З. Фрейд, роль жінки у відносинах з чоловіком залежить від відмінностей в мисленні.Не дарма американські науковці університету Пенсильванії, досліджуючи мозок жінок та чоловіків, дійшли висновку, що нервові імпульси в чоловічому мозку рухаються прямолінійно (вперед-назад), натомість у жінок їх рух був схожий на переплетені в клубок нитки (не прямолінійний). Це говорить про те, що жінки мислять багатогранно (інтуїція, маніпуляції, тощо).

Спираючись на сказане вище, поговоримо саме про те, чому ж через такі відмінності між чоловіками та жінками (фізіологічні, психологічні і т. д.), ми часто чуємо, що від жінки залежить, яким буде чоловік. Для цього повернемося до досліджень психолога М. Вайян, яка говорить, що сила жінки величезна, а її вплив на чоловіка безмежний. Фактично, стверджує М. Вайян, жінка створює чоловіка. Жінка може відкрити як і негативні якості у чоловіка, так і позитивні. Знову-таки доцільним буде згадати теорію особистості З. Фрейда, де він говорить, що вплив жінки на чоловіка відбувається не усвідомлено (використовується досвід та сценарій сім'ї).

В даному випадку, дуже доречним буде посилання на статтю психолога О. Валяєвої "Яка жінка — такий і чоловік", що й стала основою для нашого-

дослідження. В даній статті яскраво описується те, що жінка може впливати на чоловіка як позитивно, так і негативно. Тобто, якщо жінка не поважає чоловіка, то його не будуть поважати інші. Як не дивно, жінка, в даному випадку, являється індикатором поваги оточення до її чоловіка.

Варто процитувати таке твердження О. Валяєвої: "Як дружина думає про чоловіка, таким він і стає. Бачить в ньому тільки недоліки і недоробки — вони примножуються з кожним днем. І тоді навіть той чоловік, у якого є величезний потенціал бути хорошим чоловіком, стає рядовою рогатою твариною з сімейства козлів". Зараз більшість жінок, що читають цей текст, скоріш всього почали згадувати, чи зустрічалися такі ситуації в їхньому житті. Дуже добре, якщо їх було мало, або взагалі не зустрічалися.

Яскравим прикладом на дану тему є дослідження психолога А. Іотко, яка в своїх роботах пише про те, що саме жінка розвиває вдалі або невдалі стосунки: "... коли змінюється жінка, змінюється ставлення чоловіка до неї".

Дослідження багатьох учених сходяться в одному: відносини будує жінка. Тому, варто підкреслити виділені А. Іоткоряд важливих моделей поведінки, які жінка не повинна використовувати у відносинах з чоловіком:

- Жінка повчає чоловіка. Результат: чоловік, якому "все одно".
- Образи ("ти безвідповідальний", "я на інше і не сподівалась"). Результат: безвідповідальний чоловік.
- Надмірна самостійність жінки. Результат: пасивний чоловік ("придаток до телевізора").

Наступним припущенням є думка, що більшість конфліктів виникають через жінку. Звісно, не можна говорити, що жінка винна абсолютно у всіх негараздах в родині, але про її керівну позицію у конфліктах заперечувати не можна. Якщо повернутися до досліджень О. Валяєвої та М. Вайян, то на їх основі можна зробити висновок, що саме помилки в поведінці жінки призводять до більшості сімейних конфліктів.

Таким чином, можна стверджувати, що в сімейних стосунках від жінки дуже багато залежить. Адже жінка набагато сильніша в плані відносин, і саме її поведінка виявляється визначальною щодо того, якими якостями буде наділений її чоловік. Отже, у взаємовідносинах жінки та чоловіка слід не нарікати один на одного, а кожному варто починати з себе.

І. А. ДЕМЕНКО
студент V курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП"
Науковий керівник: д-р мед. наук, доцент Н. В. Коляденко

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІЄНТІВ СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ ІЗ ВІКОВИМИ ТА ФІЗИЧНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ ЗДОРОВ'Я

Поняття "здоров'я людини" є дуже ємним і охоплює біологічні, соціальні, економічні, наукові, етичні та інші аспекти. У Концепції громадського здоров'я, прийнятій в Україні 30 листопада 2016 р., виділені п'ять складових здоров'я: фізичне, психічне, психологічне, соціальне та духовне. На наш погляд, таке розуміння є більш повним та відповідним сучасним потребам науки та практики.

Більшість клієнтів різних соціальних служб мають ті чи інші відхилення здоров'я, що впливає на їх психічний стан, проявляється в особистісних особливостях і тому має бути враховане при наданні їм психокорекційної допомоги. Однак, незважаючи на актуальність даного питання, наукових публікацій в такому контексті недостатньо, що й обумовило вибір теми нашого дослідження, мета якого — вивчити психологічні особливості клієнтів соціальних служб з віковими та(або) фізичними порушеннями здоров'я, розробити способи відповідного психокорекційного втручання та оцінити їх ефективність.

Методологічною основою дослідження є цілісне розуміння людини як біопсихосоціальної істоти в єдності її фізичного, психічного, психологічного, соціального та духовного вимірів здоров'я, на основі гуманістичного підходу, який тісно пов'язаний з теорією особистості. В даний час впсихології все ще не існує єдиного уявлення про норму психологічного здоров'я. ВООЗ розглядає психологічну норму як певний етичний стандарт, модель поведінки, бажаної, прийнятної та типової для тієї чи іншої культури. Гуманітарний (гуманістичний) підхід описує критерії психічного здоров'я без дихотомії "норма–патологія" і намагається виділити те позитивне, що несе в собі нормальна особистість. Даний підхід тісно пов'язаний з теорією особистості. Норма — це людина, здатна до самовдосконалення, самоактуалізації.

Психічні зміни, що спостерігаються в процесі старіння, пов'язані з процесами інволюції в центральній нервовій системі. Це проявляється у зниженні сили і рухливості основних процесів життєдіяльності. Криза похилого віку є значущою для наступних років життя, надає йому емоційного напруження.

Незважаючи на великі можливості людини пристосуватися до часто повторюваних стресових впливів, вони є причиною виникнення захворювань.

У кожної людини реакція на той самий стресогенний чинник індивідуальна. Психоемоційні особливості особистості, моральні і вольові якості, рівень освіти і культури визначають здатність людини до психічної адаптації і стійкість до стресогенних чинників.Вивчення внутрішньої карини хвороби дозволяє в значній мірі розглянути весь складний процес самопізнання захворілої людини, відкриває можливість розуміння поведінки людини в складній життєвій ситуації, визначити компенсаторний потенціал особистості.

Відповідно до завдань емпіричного дослідження, було підібрано валідні психодіагностичні методики: САН (Самопочуття, Активність, Настрій), Самооцінка психічних станів Г. Айзенка, методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона, проективна методика "Рефлексія настрою та емоційного стану"). Дослідження респондентів із порушеннями фізичного здоров'я проводилося на базі Всеукраїнського Центру комплексної реабілітації інвалідів (м. Лютіж Київської обл.), дослідження осіб із віковими порушеннями здоров'я — на базі Центру соціальної допомоги "Хесед". Для участі в дослідженні шляхом рандомізації було відібрано 36 осіб із віковими та 42 — із фізичними порушеннями здоров'я. Досліджувані групи були співставні за статевим складом, умовами проживання та рівнем освіти, та відрізнялися за віковим складом. Середній вік респондентів із порушеннями фізичного здоров'я становив 36 років, а респондентів із віковими порушеннями здоров'я — 78 років.

Дослідження респондентів із віковими та фізичними порушеннями здоров'я за методикою САН, не виявило статистично достовірних відмінностей між досліджуваними з віковими та фізичними порушеннями здоров'я за показниками самопочуття, активності та настрою. Слд зауважити, що в обох досліджуваних групах всі три показники були нижчими за межі норми, однак клієнти з віковими порушеннями здоров'я виявляли в середньому трохи більшу активність, тоді як досліджувані з віковими порушеннями здоров'я мали дещо кращі показники настрою. Така різниця, не будучи статистично значимою, пов'язана насамперед із віковими особливостями досліджуваних груп. Також варто відмітити, що в обох досліджуваних групах показники настрою були вищими за показники самопочуття та активності,що можна пояснити увагою до досліджуваних з боку працівників соціальних служб, наявністю психологічної підтримки та психосоціального супроводу.

При дослідженні рівня суб'єктивного відчуття самотності, в обох групах були вирахувані показники середнього рівня, однак якщо в групі досліджуваних із фізичними обмеженнями здоров'я їх діапазон коливався в межах від 35 до 38, і лише в одного досліджуваного дорівнював 17, то в групі досліджуваних з віковими обмеженнями здоров'я були виявлені значні індивідуальні розбіжності, діапазон показників коливався від 10 (мінімальне значення) до 43 (максимальне значення). При цьому, із 42 досліджуваних респондентів із фізичними обмеженнями здоров'я лише в одного був зафіксований низький ступінь самотності, а в інших він знаходився в межах середнього рівня, і жодний з респондентів не мав показників високого рівня самотності. В групі ж

респондентів із віковими обмеженнями здоров'я у 14 осіб (36,8 %) був вирахуваний низький рівень показника самотності, але в той же час у 2 досліджуваних (5,6 %) зафіксовано високий ступінь самотності. В цілому ж середній показник самотності в групі досліджуваних із фізичними обмеженнями здоров'я становив 32,4 бали, тоді як в групі досліджуваних із віковими обмеженнями здоров'я він дорівнював 25,3 балів. Незважаючи на те, що середній показник самотності в обох досліджуваних групах знаходився на середньому рівні, все ж в групі респондентів із віковими обмеженнями здоров'я він виявився достовірно меншим, ніж у групі респондентів із фізичними обмеженнями здоров'я (*t*-критерій Стьюдента дорівнює 5,02 при $p = 0{,}000003$, числі ступенів свободи $f = 76$, критичному значенні *t*-критерія Стьюдента = 1,992 та рівні значимості $\alpha = 0{,}05$).

В результаті проведених досліджень виявлено, що серед емоційних станів осіб з порушеннями фізичного здоров'я, що впливають на відчуття ними самотності, першочергове місце займають депресія, занижена самооцінка, почуття незахищеності та відчуженості в поєднанні з вразливістю, меланхолійністю, роздратованістю та бажанням змін, що створює ситуацію фрустрації. Клієнти соціальних служб з віковими порушеннями здоров'я, навпаки, частіше переживають занедбаність, тугу, відчуженість, вони є більш пасивними, консервативними щодо змін. Факторами, що спричиняють відчуття самотності осіб з порушеннями фізичного здоров'я, є втрата через захворювання тісних мікросоціальних контактів, зниження самооцінки з відчуттям себе ізольованим, не таким як інші, нікчемним, неспроможним, що робить необхідним відповідне психокорекційне втручання, спрямоване на підвищення їх комунікативної спроможності, впевненості в собі, самооцінки, налагодження взаємин з оточуючими. Респонденти похилого віку, з віковими порушеннями здоров'я, відмічали втрату друзів і близьких, складність до адаптації в сучасному світі, який здається незрозумілим і тому ворожим, потенційно небезпечним. Також вони відмічали залежність від інших, як в плані самообслуговування, так і орієнтування в зміненому середовищі.

Серед реакцій на самотність у осіб з фізичними порушеннями здоров'я переважало активне усамітнення, тоді як респондентам похилого віку більш властивою була сумна пасивність з бездіяльними роздумами. Фактор "витрата грошей" в обох досліджуваних групах практично не зустрічався, тому що цьому перешкоджали як фізичні, так і матеріальні обмеження.

Дослідження самооцінки психічних станів за Г. Айзенком виявило, що в обох досліджуваних групах показники тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності знаходилися в діапазоні 8–14 балів, що свідчить про середній рівень їх вираженості, причому статистично значимих відмінностей між обома досліджуваними групами по даних показниках не виявлено. Втім, мають ся на увазі середні арифметичні показники. Якщо ж оцінювати відповіді кожного клієнта окремо, то у деяких респондентів з порушеннями фізичного здоров'я спостерігалися дещо підвищені показники тривожності (в межах 15–16 балів), при тому що в інших представників цієї ж досліджуваної гру-

пи вони не перевищували 6 балів. Навпаки, окремі респонденти з віковими порушеннями здоров'я мали підвищені показники фрустрації (16–18 балів), що знову-таки нівелювалося низькими показниками фрустрації (4–6 балів) у інших респондентів цієї ж групи. Показники агресії в обох групах були невисокими, а от ригідності — навпаки, підвищеними до рівня верхньої межі середніх значень-нижньої межі високих показників (тобто, 14–15 балів). Такі показники ригідності можна пояснити тим, що у досліджуваних обох груп спостерігаються прояви мозкової дисфункції зі схожими патопсихологічними симптомами, але різного ґенезу (як наслідки соматичних захворювань або атеросклеротичних вікових змін).

За проективною методикою "Рефлексія настрою та емоційного стану", виявлені статистично значимі відмінності щодо використання кольорів в досліджуваних групах (таблиця 1). Так, в групі клієнтів із фізичними порушеннями здоров'я частіше використовувалася вся гама кольорів, досліджувані цієї групи сміливіше обирали насичені кольори. Вони набагато більше користувалися червоним, жовтим, фіолетовим кольорами. Обрана кольорова гама свідчить про наявність як позитивного, радісного настрою, так і, водночас, певної тривоги, яка виявилася за цією методикою притаманною в тій чи іншій ступені вираженості, майже всім клієнтам з порушеннями фізичного здоров'я. Підвищену тривожність у цих респондентів можна пояснити переживаннями як за стан свого здоров'я, так і за особисте життя та успішність на ринку праці. В той же час, досліджувані з віковими порушеннями здоров'я обирали більш стримані кольори, їх палітра була порівняно обмеженою, переважали сірий та синій, що свідчить про втому, пригніченість і розчарування. Фіолетовий же колір, більш активний у порівнянні з сірим та синім, представники цієї групи обирали вкрай рідко. Цікаво, що в обох групах не користувався популярністю коричневий колір, відмінності в його застосуванні не є статистично значимими. Таким чином, за результатами даної методики, респондентів із віковими порушеннями здоров'я можна охарактеризувати як пасивних, втомлених, пригнічених, малоактивних, розчарованих, тоді як досліджувані з фізичними порушеннями здоров'я, незважаючи на також притаманну їм втому, загалом є більш активними, їх емоції більш позитивні та яскраві, однак даній категорії властива значна тривожність. Відмінності психологічних станів досліджуваних груп, які виявлені за даною методикою, можна пояснити насамперед віковою різницею респондентів.

Для клієнтів соціальних служб, які мають вікові та фізичні обмеження здоров'я, характерним є постійний вплив несприятливих факторів, до яких відносяться складні життєві ситуації, пов'язані з неадекватним сприйняттям оточуючих, прогресуванням захворювання, погіршенням соматичного стану, психологічними відчуттями самотності, залежності, безпорадності. Забезпечення медико-психологічного супроводу клієнтів соціальних служб має вміщувати комплекс психокорекційних втручань. Розглядаючи проблеми адаптації до несприятливих факторів у світлі вирішення психокорекційних завдань, слід звернути увагу на необхідність формування у клієнтів уміння

Таблиця 1

Визначення настрою клієнтів соціальних служб з віковими та фізичними порушеннями здоров'я за використанням кольору

Колір	Настрій	Частота використання		*t*-критерій Стьюдента	*P*
		Клієнти з віковими порушеннями здоров'я	Клієнти з фізичними порушеннями здоров'я		
Червоний м'який	Радість	7 (19,4 %)	28 (66,7 %)	14,85	< 0,05
Червоний яскравий	Агресія	9 (25,0 %)	9 (21,4 %)	8,49	< 0,05
Синій	Втома	28 (77,8 %)	34 (80,9 %)	4,24	< 0,05
Зелений	Активність	2 (5,6 %)	17 (40,5 %)	10,61	< 0,05
	потреба в захисті	4 (11,2 %)	10 (23,8 %)	4,24	< 0,05
Жовтий	Радість	15 (41,7 %)	32 (76,2 %)	12,02	< 0,05
	Агресія	8 (22,1 %)	23 (54,8 %)	10,61	< 0,05
Фіолетовий	тривога, розчарування	5 (13,9 %)	40 (95,2 %)	24,75	< 0,05
Сірий	пригніченість, розчарування	18 (50, 0 %)	5 (11,9 %)	9,19	< 0,05
Коричневий	пасивність, невпевненість	1 (2,7 %)	3 (7,1 %)	1,41	> 0,05

не лише протидіяти складним обставинам життя, але й здатності раціонально використовувати набутий досвід для подальшого особистісного розвитку та самовдосконалення. В комплексі з іншими заходами, психологічна корекція повинна спрямовуватись на розвиток ключових властивостей психіки та особистісних якостей клієнтів, з метою забезпечення відновлення або профілактики порушень психологічного здоров'я, підвищення рівня соціального функціонування, соціальної адаптації та інтеграції в систему сучасних суспільних відносин. В процесі психокорекції створюються емоційно насичені моделі ситуацій, під час яких і можуть бути досягнуті психокорекційні цілі. Критеріями оцінки успішності здійснення психокорекційних заходів у процесі медико-психологічного супроводу клієнтів соціальних служб є результати психодіагностичних досліджень психічних станів та інших психологічних особливостей у динаміці. Психокорекційна робота з клієнтами соціальних служб, які мають вікові обмеження здоров'я, проводилася нами на базі Центру соціальної допомоги "Хесед" із використанням таких двох напрямків терапії творчістю, як арт-терапія та музикотерапія. Психокорекція психічних станів клієнтів соціальних служб з фізичними обмеженнями здоров'я здійснювалася на базі Всеукраїнського центру професійної реабілітації інвалідів, психокорекційні вправи були спрямовані на нормалізацію соціальних орієнтацій та життєвих цінностей, покращення якості життя клі-

єнтів. Ефективність психокорекційних втручань оцінювалася насамперед за відгуками клієнтів соціальних служб та об'єктивно підтверджувалася психодіагностичними дослідженнями. Так, за методикою САН після психокорекції виявлене статистично достовірне покращення самопочуття, активності та настрою (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка самопочуття, активності та настрою клієнтів соціальних служб в результаті психокорекції

Параметри / Групи		Вікові обмеження здоров'я	Фізичні обмеження здоров'я
Самопочуття	до психокорекції	3,4	3,6
	після психокорекції	3,8	4,8
Активність	до психокорекції	3,2	3,8
	після психокорекції	3,6	5,4
Настрій	до психокорекції	4,2	4,0
	після психокорекції	4,8	6,2
F		2	2
P		0,11	0,134
t-критичне		4,303	4,303
t-критерій розрахований		5,715	4,683

Клієнти соціальних служб із віковими порушеннями здоров'я відмічали важливість відчутної емоційної підтримки, що сприяло налагодженню соціальних контактів, зменшенню проявів фрустрації, покращенню настрою, зменшенню суб'єктивного відчуття самотності, зниженню рівня особистісної та ситуативної тривожності, корекції неадекватних самооцінок, досягненню позитивних змін в емоційній та когнітивній сфері клієнтів соціальних служб з віковими прушеннями здоров'я. Важливим результатом психокорекційних втручань досліджувані клієнти соціальних служб із фізичними обмеженнями здоров'я називали тренування комунікативних навичок і налагодження соціальних контактів, завдяки чому зменшувалися прояви депресії та тривожності, з'являлася оптимістична перспектива на майбутнє.

Таким чином, на основі отриманих результатів, для оцінки психічних станів клієнтів соціальних служб рекомендуємо використовувати психодіагностичний комплекс, який складається з наступних валідних психодіагностичних методик: тест "Самооцінка психічних станів" Г. Айзенка, Методику діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона, а також проективну методика "Рефлексія настрою та емоційного стану". Результати досліджень за даними методиками, доповнюючи один одного, дозволяють визначити особливості психічних станів клієнтів соціальних служб, і на основі отриманих результатів розробити цілеспрямовані психокорекційні втручання. Способи психокорекції психічних станів

клієнтів соціальних служб з віковими та фізичними обмеженнями здоров'я повинні бути спрямовані на подолання депресії, тривоги, фрустрації, агресивності та ригідності, тренування комунікативних навичок і налагодження соціальних контактів, і вміщувати арт-терапевичні та ігрові методики.

К. М. ДОРОШИНА
студент ІІІ курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП"
Науковий керівник: канд. психол. наук, професор МКА Т. М. Вакуліч

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ МАНІПУЛЯТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЗМІ ТА ЇХ ВПЛИВ НА РІВЕНЬ ДОВІРИ У ПІДЛІТКІВ

Маніпулятивний вплив виявляється на людину в різних областях її життєдіяльності. Ми відчуваємо його в особистих і сімейних взаєминах, в діловому спілкуванні, релігійні переконання чинять на нас свій вплив, а маніпуляція держави її громадянами взагалі не знає меж.

У наш час боротьба "хто ким переманіпулює" іде не на життя, а на смерть. Тепер у неї включені і діти. Підлітки змушені ще в шкільні роки осягати ази маніпуляції, що і показало проведене мною дослідження. Це дає їм можливість адаптуватися у соціумі, який майже повністю побудований на маніпуляції.

Актуальністю нашої роботи є те, що, попри значну кількість маніпулятивних технологій навколо, досі не конкретизовані механізми їх розпізнаваня та функціонування.

Об'єктом даного дослідження є механізми маніпуляції, а предметом — вплив схильності до маніпулювання на рівень довіри у підлітків.

Метою дослідження є визначення наявності зв'язку схильності до маніпулювання на рівень довіри у підлітків.

Видатний психолог С. Г. Кара-Мурза розглядав тему маніпулювання під актуальним кутом через призму ЗМІ. Дійсно, основним каналом, яким обрушується на нас більшість переконливих закликів, є засоби масової комунікації. Статистика переконливості засобів масової інформації вражаюча. Зокрема, щороку середньостатистичний американець 1550 годин дивиться телевізор, 1160 годин слухає радіо по одному з 530 мільйонів радіоприймачів і проводить 180 годин, читаючи близько 43 кілограмів газет, і 110 годин, читаючи журнали. Щороку американець має можливість читати більш ніж 50 тисяч нових книг. Більше половини часу активного неспання люди витрачають на засоби масової інформації.

У технічному відношенні інформаційна техніка сприяє поширенню пасивності. Як легко повернути вимикач, влаштуватися на дивані і дозволити образам безперешкодно проникати в мозок. Коли властивість комунікаційної техніки підкріплюється соціально підготовленими програмами , що навмисно намагаються досягти такого паралізуючого впливу, то результат, як правило, вражаючий. Подібне поєднання позбавлених життєвого змісту програм і привабливої до пасивності комунікативної техніки — ось інструмент сучасного

апарату маніпулювання свідомістю. Необхідні зусилля для подолання або хоча б створення противаги цьому виклику пасивної системи.

Ще З. Фрейд вважав, що у кожної людини в структурі психіки формується "понад-Я", тобто кожен індивід з самого ранньогоь дитинства знайомиться і засвоює досить велику кількість соціальних норм, які йому навіюються батьками. Незважаючи на те, що з нормами обов'язку і відповідальності людина знайома з дитинства, не всі вони інтеріоризуються до такої міри, щоб бути предста-вленими у самосвідомості. Якщо ж норми є включеними у самосвідомість індивіда, то вони, завдяки різним психічним механізмам, починають впливати на поведінку людини. Психолог Торі Хіггінс виділяє у психіці людини такий аналог фрейдівського "Понад-Я", як "Я-обов'язок" (різновид можливого Я). Норми обов'язку, що акумульовано в "Я-обов'язку", впливають на емоційний стан людини і спонукають до соціально схвалюваної поведінки. Механізм поступливості можна зрозуміти, якщо врахувати схильність людей до автоматичного, заснованого на стереотипах реагування.Те,що засоби масової інформації мають величезний вплив на особистість і, найчастіше повністю, формують громадську думку, незаперечний факт. Ми щодня отримуємо з преси новини та інформацію, яка відсотків на сімдесят не підлягає перевірці. Ми однозначно не завжди можемо сказати собі: "Так, я там був, це правдива інформація", і тому повинні просто приймати такі новини на віру, формуючи свою думку з побаченого чи почутого, що, на жаль,не завжди буває правдивим. Підростаюче покоління формує свої думки і смаки переважно завдяки журналам, розважальному телебаченню та Інтернету; дорослі люди, які читають газети і вважають перегляд щоденних телевізійних новин обов'язковим, дуже великий відсоток інформації, що надійшла до них та перероблена в розмовах із сім'єю, друзями або колегами, поступово починають вважати власною думкою. Підсумок такий — засоби масової інформації та комунікації формують, за даними джерел наукової літераткуи, практично вісімдесят відсотків особистої та громадської думки. Особливо сильний вплив засоби масової інформації мають на формування особистості молодих людей. Молодь — це така соціальна група, якапо максимуму використовує ЗМІ та жадібно черпає інформацію різного змісту. Тому що молоді люди дуже допитливі, вони хочуть бути в курсі всіх подій, що відбуваються не лише за місцем їх проживання, а й в усьому світі.

Для проведення емпіричного дослідження 42 учнів 11-го класу гімназії № 191 ім. П. Г. Тичини м. Києва нами були використані: методика діагностики маніпулятивного ставлення (за шкалою Банта) (Майерс Д., адаптована Менджерицкою Ю. А.), Мак-шкала та методика "Віра в людей" Маршала Розенберга. В результаті проведення дослідження та обробки даних ми можемо побачити певні тенденції, але насамперед слід проаналізувати середні значення по 3 шкалах.

Так, за шкалою схильності до маніпулювання балів, з переважанням середніх показників з тенденцією до високого у групі найбільше. Особи з високими показниками за цією шкалою використовують інших для задоволення своїх

власних потреб. З одного боку, така людина може організувати роботу інших, що в деяких випадках може бути корисним (наприклад, керівникам), з іншого боку — виявитися поганим (наприклад, для партнерського спілкування, оскільки не враховуються інтереси іншої людини).

За Мак-шкалою, по групі переважають середні і високі значення, а за шкалою довіри по групі переважають середні значення.

Макіавеллізм, як особистісна характеристика, в цілому відображає невіру суб'єкта в те, що більшості людей можна довіряти, що вони незалежні, альтруїстичні, мають сильну волю.

Використавши коефіцієнт кореляції Пірсона, ми побачили, що присутня негативна статистично значуща кореляція, а отже, зі зростанням рівня схильності до маніпуляції знижується рівень довіри. Так само відбувається при кореляційному аналізі шкали довіри і Мак-шкали. Це може бути пов'язане з тим, що вони у процесі ідентифікації проектують на себе поведінку інших і "судять по собі".

Психологічна маніпуляція — тип соціального, психологічного впливу, соціально-психологічний феномен, що представляє собою прагнення змінити сприйняття або поведінку інших людей за допомогою прихованої або облудної тактики. Такі методи просувають інтереси маніпулятора за рахунок інтересів інших людей.

Соціальний вплив не у всіх випадках буває негативним. Наприклад, лікар може намагатися переконати пацієнта змінити нездорові звички. Соціальний вплив зазвичай вважається нешкідливим, коли він поважає право людини прийняти його або відхилити і не є надмірно примусовим. Залежно від контексту і мотивації, соціальний вплив може бути прихованою маніпуляцією.

Можна зробити висновки, що сьогодні підлітки знаходяться у небезпечному середовищі дуже легко піддаються його впливу і приймають його правила. Це негативно впливає на їх особистості, наприклад, як ми могли бачити, знижується рівень базальної довіри. В подальшому це може призвести до серйозних проблем з соціалізацією.

А. О. ДУБОВІК
студент напряму підготовки "психологія" ННІСПМО

О. І. ТИТАРЕНКО
ст. викладач кафедри психології, Мелітопольський державний педагогічний університет ім. Б. Хмельницького

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДИК У РОБОТІ З ПІДЛІТКАМИ

Підлітковий вік — це час дорослішання дитини, що супроводжується великою кількістю змін як з фізіологічної, так і з психологічної сторон розвитку особистості, що обумовлює актуальність відповідних досліджень.

Метою нашої роботи є визначення, на основі аналізу джерел наукової літератури, особливостей використання арт-терапевтичних методик в процесі психологічної роботи з підлітками.

Початок підліткового віку характеризується появою низки специфічних рис, найважливішими з яких є:

- прагнення до спілкування з однолітками;
- поява в поведінці ознак, що свідчать про прагнення затвердити свою самостійність, незалежність, особистісну автономію.

Традиційно, підлітковий вік розглядається як період відчуження від дорослих, проте сучасні дослідження показують складність і амбівалентність відносини підлітка до дорослих. Яскраво виражені як прагнення протиставити себе дорослим, відстоювати власну незалежність і права, так і очікування від дорослих допомоги, захисту і підтримки, довіра до них, важливість їх схвалення і оцінок. Центральне особистісне новоутворення цього періоду — становлення нового рівня самосвідомості, "Я-концепції". Цей новий рівень характеризується прагненням зрозуміти себе, свої можливості і особливості, свою схожість з іншими людьми і свою відмінність — унікальність і неповторність. Важливим фактором психічного розвитку в підлітковому віці є спілкування з однолітками, що виділяється в якості ведучої діяльності цього періоду.

Підлітки (разом з раннім юнацтвом) — особлива соціально-психологічна і демографічна група, що має свої власні норми, установки, специфічні форми поведінки, які утворюють особливу підліткову субкультуру. К. Левін аналізує перехід від дитинства до дорослості як конфліктний тип, мотивуючи це тим, що підліток знаходиться в специфічному становищі двох соціальних груп. Рівень конфліктності підлітка в цей період залежить від соціальних обставин життя. У зв'язку з бурхливим розвитком та різикими змінами для цього віку характерна підліткова криза.

Криза — це тривалий внутрішній конфлікт з приводу життя в цілому, його сенсу, основних цілей і шляхів їх досягнення. І переживання людиною тісно пов'язано зі ступенем усвідомлення кризового стану, з рівнем особистісної зрілості, зі здатністю її до рефлексії. Життєву кризу умовно можна поділити на три ступені: поверхову, середню та глибоку. Поверхнева криза у підлітків характеризується тривогою, роздратуванням, негативним настроєм, нестійкістю в прийнятті рішень, розгубленістю. Це приблизно припадає на 11–12 років, тобто, на початок підліткової кризи. Криза середньої ваги проявляється в певних порушеннях роботи організму підлітка. Він швидко втомлюється, в нього песимістичні погляди. Глибинна криза підлітків супроводжується певним роздратуванням, заглибленням у себе та великим переживанням щодо власного зовнішнього вигляду. На цьому етапі вирішальну роль відіграє статевий потяг, адже перше розчарування в коханні призводить до глибинного депресивного стану. Це припадає приблизно на період кінця підліткового віку (14–15 років).

Таким чином, враховуючи індивідуальні особливості підлітків, основною метою їх психологічного супроводу постає: створення сприятливих умов для особистісного розвитку, своєчасне виявлення можливих проблем у поведінковій та емоційної сферах, надання допомоги у самореалізації та саморозвитку.

Певні сторони внутрішнього життя підлітка дуже складні для вербалізації, тому використання психолого-педагогічних технологій, які базуються на мові візуальної, пластичної та аудиальной експресії є найбільш доречним. Слід відмітити, що у підлітків існує необхідність у м'якому, екологічному підході до вирішення проблем, велику роль грає і їх зацікавленність у процессі та можливість самопізнання. Враховуючи ці аспекти, можна сказати, що арт-терапія є оптимальним вибором у роботі з підлітками, причому, у зв'язку з притаманними їм психофізіологічними особливостями, може навіть стати єдиним засобом взаємодії між підлітком та психологом. Значними привілеями для осіб підліткового віку віку є також розвиток креативності, творчого мислення та естетичне задоволення процесом.

Арт-терапія — це сучасний напрям психології, який призначений для допомоги клієнту за допомогою творчості та різних видів мистецтва. Це засіб вільного самовираження і самопізнання. Творчість допомагає встановити з клієнтом більш тісний контакт і отримати доступ до його переживань, відволікти від наболілого і створити позитивну атмосферу.

Арт-терапія дозволяє дати соціально допустимий вихід агресивності та іншим негативним почуттям; полегшити процес терапії (неусвідомлені внутрішні конфлікти та переживання часто буває легше виразити з допомогою зорових образів, аніж висловити їх в процесі вербальної корекції); отримати матеріал для інтерпретації і діагностичних висновків; проробити думки й переживання, які клієнт звик витісняти; налагодити стосунки між психологом і підлітком, що сприятиме створенню відносин емпатії та взаємного прийняття; розвивати відчуття внутрішнього контролю; сконцентрувати увагу на відчуттях і почуттях; розвивати художні здібності і підвищити самооцінку.

Таким чином, методи арт-терапії будуть також доречними в роботі з емоційною сферою дитини під час проживання нею кризи підліткового віку Завдяки арт-терапевтичному процесу підлітки отримують можливість поглибити рівень самопізнання та самоприйняття шляхом позитивних змін та розвитку особистості.

Г. О. ЖЕМЧУЖНА
студент V курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП"
Науковий керівник: канд. психол. наук, професор МКА Т. М. Вакуліч

СТАН ТРИВОГИ В ПОДРУЖНІХ КОНФЛІКТАХ

Сім'я є найменшим осередком суспільства, що постійно відчуває на собі безпосередньо чи опосередковано ті зміни, які відбуваються у країні та відповідно сама накладає відбиток на розвиток суспільства. Процес формування, становлення та розвитку сучасної української сім'ї проходить у складних і суперечливих умовах, на фоні яких відбувається погіршення фізичного і психічного стану здоров'я людей, зростання міжособистісної ізоляції, агресивності, нездатності розв'язувати проблеми і конфлікти, що виникають на їх життєвому шляху. Сьогодні сім'я стикається з цілою низкою нових проблем, значною мірою втрачає здатність виконувати життєво необхідні функції і стоїть на порозі кризи. З огляду на це, можна говорити, що ситуація з внутрішньо сімейними стосунками поступово погіршується внаслідок збільшення протиріч і конфліктів у суспільстві. Ці обставини можуть мати негативні наслідки не лише для сім'ї, але й для країни загалом.

Проблема подружніх конфліктів у сім'ї є на сьогодні дуже актуальною, адже дослідження М. І. Алексєєвої, Т. В. Говорун, С. В. Дворняка, В. І. Зацепіна, Т. С. Кириленко, С. В. Ковальова, О. С. Кочаряна, М. М. Обозова дозволяють стверджувати про наявність кризи, в якій опинилась сьогодні українська сім'я як елемент соціальної системи суспільства. Ознаками такої кризи є: високий рівень незадоволеності подружнім життям, дисфункційний розвиток взаємин у шлюбі, конфліктність, стійка орієнтація подружжя на розлучення та малодітну сім'ю, нездатність досягти злагоди, зростання кількості розлучень тощо. Під цим кутом зору стає зрозумілим, що сім'я, особливо на початковій стадії її розвитку, потребує психологічної підтримки та допомоги.

В літературі немає єдиної думки щодо комплексного підходу до діагностики сімейних взаємин, недостатньо розроблені шляхи попередження та подолання виникнення протиріч у сім'ї. Значної уваги потребує теоретичне та експериментальне дослідження причин виникнення подружніх конфліктів у молодій сім'ї, яка легко піддається впливу різноманітних зовнішніх і внутрішніх негативних чинників.

До головних факторів розвитку подружніх конфліктів можна віднести відчуття дискомфорту, підвищену тривожність. А. М. Прихожан визначає тривожність як стійке особистісне утворення, що виявляється в схильності переживати об'єктивно нейтральні ситуації, яке містить загрозу самооцінці, уявленню про себе, особистісним інтересам і цінностям. В психологічній літературі значна частина досліджень присвячена встановленню кореляційних

залежностей між тривожністю і особистісними, інтелектуальними особливостями, деякими особливостями пізнавальних процесів (зокрема, сприйняття часових інтервалів), а також статтю, національністю, параметрами соціального середовища.

Мета нашого дослідження — визначити особливості подружніх конфліктів у сім'ї в залежності від рівня тривожності подружжя.

Методологія дослідження базуется на персоналістичному підході розуміння людини, як біопсихосоціальної істоти, в цілісній єдності тілесного і душевного.

Методи дослідження: психодіагностичний, аналітичний, статистичний.

В процесі дослідження було використано такі психодіагностичні методики:

- Тест "Оцінка рівня конфліктності особистості" В. Андрєєва — був обраний нами для виявлення загального рівня конфліктності особистості.
- Тест Спілбергера-Ханіна — належить до методик, що досліджують психологічний феномен тривожності.

Дослідження проводилося в м. Києві, на базі Центру соціальної допомоги сім'ям та дітям. Для проведення дослідження серед клієнтів Центру рандомізованим чином було відібрано 17 подружніх пар, які звернулися по допомогу, тобто, загальна кількість досліджуваних становила 34 особи.

Аналіз даних джерел наукової літератури щодо впливу тривожності особистості на підвищення рівня конфліктності в сім'ї показав, що вивчення емоційно-почуттєвої сфери є актуальним в теперішній час. Дана сфера є основою поведінкової мотивації особистості й у значній мірі обумовлює поводження людини в психологічному консультуванні, а саме визначає виникнення і причини захисних механізмів. У нашому дослідженні ми висунули гіпотезу про те, що рівень подружньої конфліктності прямо залежить від рівня тривожності особистості. В результаті проведення тесту "Оцінка рівня конфліктності особистості" В. Андрєєва було встановлено, що 7 опитаних респондентів (що складає 20,6 % від загальної кількості опитуваних) мають низький рівень конфліктності; 21 особа (61,8 % опитуваних) мають середній рівень конфліктності; 6 осіб (це 17,6 % від загальної кількості респондентів) мають високий рівень конфліктності. Обробивши дані за тестом Спілбергера-Ханіна, можна констатувати, що 6 досліджуваних осіб (17,6 %) мають низький рівень тривожності; 22 опитуваних (64,8 %) мають середній рівень тривожності; 6 осіб (17,6 %) мають високий рівень тривожності. Тобто, отримані результати психодіагностичного дослідження свідчать про те, що рівень подружньої конфліктності корелює з рівнем тривожності особистості.

Тривога — реакція на небезпеку, що загрожує, реальну або уявлювану, а тривожність — індивідуальна психологічна особливість, що полягає в підвищеній схильності переживати занепокоєння в різних життєвих ситуаціях, у тому числі й тих, об'єктивні характеристики яких до цього не привертають.

Таким чином, в психології під конфліктом розуміється зіткнення протилежно спрямованих інтересів, цілей, думок суб'єктів взаємодії чи опонентів.

Сутністю подружнього конфлікту є зіткнення суперечливих позицій членів сім'ї. Конфліктна поведінка пов'язана з певними рисами характеру та якостями особистості такими, як: нетерпимість до недоліків інших, знижена самокритичність, імпульсивність до агресивної поведінки, до підпорядкування інших, неуважності до людей, користолюбство, егоїзм. Рівень подружньої конфліктності знаходиться в прямій залежності від рівня тривожності особистості.

С. С. ІВАНОВА
студент VI курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП"
Науковий керівник: д-р мед. наук, доцент Н. В. Коляденко

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ

В останній час проблеми батьків, які виховують дитину з аутизмом, є одним із найбільш актуальних питань, що привертають увагу фахівців різного профілю (психологів, соціологів, педагогів, демографів та ін.).

Метою даної роботи є теоретичний аналіз психологічних особливостей батьків дітей з аутизмом.

Не можна заперечувати той факт, що члени сімей, в яких виховуються діти з аутизмом, мають ряд специфічних особистісних рис. Тривалі спостереження та практика роботи з такими сім'ями дозволяє зробити висновок, що ці особливості вторинні, вони виникають внаслідок наявності у дитини особливостей розвитку. Особистісні особливості батьків є однією з умов формування батьківського ставлення до дитини з відхиленнями, поряд з глибиною і структурою порушення психічного розвитку, гармонійністю внутрісімейної взаємодії, соціальним статусом сім'ї і т. д. При аналізі даної проблеми слід враховувати те, що розвиток особистості відбувається протягом усього життя під впливом внутрішніх і зовнішніх чинників — генетичних, фізіологічних, сімейних, соціально-економічних. Тривалість і суб'єктивна значимість переживань, пов'язаних з появою в сім'ї дитини з відхиленнями в психічному розвитку, може бути причиною виникнення в батьків психологічнихчних проявів, як дратівливість, тривожність, замкнутість. Батьки, які виховують дітей з аутизмом, починають з усвідомлення того, що означає діагноз для дитини, для них самих і для всієї родини. Ці сім'ї характеризуються певними ознаками:

- батьки відчувають нервово-психічну і фізичне навантаження, втома, напруга, тривогу і невпевненість щодо майбутнього дитини;
- особистісні прояви та поведінку дитини не відповідають очікуванням батьків, і, як наслідок, викликають у них роздратування, тривожність, незадоволеність;
- сімейні взаємини порушуються і спотворюються;
- соціальний статус сім'ї знижується — виникають проблеми зачіпають не тільки сімейні взаємини, а й призводять до змін в її найближчому оточенні; батьки намагаються приховати факт порушення психічного розвитку у дитини і спостереження його психіатром від друзів і знайомих, відповідно коло внесемейного функціонування звужується;

- “особливий психологічний конфлікт” виникає в сім’ї як результат зіткнення з громадською думкою, не завжди адекватно оцінює зусилля батьків по вихованню та лікування такої дитини.

Після першого стресу, викликаного постановкою діагнозу, переживання батьків набувають яскравої специфіки, характерної саме для батьків аутичних дітей, що пов’язано з невизначеністю майбутнього. Батьки не знають, чи буде їхня дитина визнана здатною до навчання, чи буде вона відвідувати дитячий садочок, чи піде до школи, чи зможе адаптуватися в колективі тощо,- всі побоювання батьків перераховувати можна дуже довго. Найзначніший стрес сім’ї відчувають від непередбачуваності поведінки дитини і пов’язаних з цим проблем в соціальному та міжособистісному спілкуванні. Факт наявності в сім’ї дитини з аутизмом виступає джерелом емоційних і психологічних травм, і чим важчим є захворювання, тим важче переживаються ці травми. Сім’я, що має хвору дитину, протягом життя переживає серію “злетів” і “падінь”, зумовлених суб’єктивними та об’єктивними причинами. У батьків, як правило, виникає відчуття безнадійності, знижується самооцінка, може з’явитися дисгармонія подружніх відносин. Всі члени сім’ї аутичної дитини переживають стрес, який найбільшою мірою проявляється у матерів. Вони не тільки відчувають надмірні обмеження особистої свободи через сверхзалежність від дітей, а й мають дуже низьку самооцінку, вважаючи, що недостатньо добре справляються зі своєю материнською роллю. Дитина з раннього дитинства не заохочує та не підкріплює у матері її материнської поведінки: не посміхається їй, не дивиться в очі, не любить бувати на руках; іноді навіть не виділяє її з інших людей, не віддає видимої переваги в спілкуванні. Таким чином, у матері дитини з аутизмом, природно, виникають прояви депресивності, дратівливості, емоційного виснаження. Чоловіки ж, як правило, уникають щоденного стресу, пов’язаного з вихованням дитини з аутизмом, проводячи більше часу на роботі. Проте, вони теж переживають почуття провини і розчарування, хоча і не говорять про це так явно, як матері. Крім того, чоловіки стурбовані важкістю стресу, який відчувають їхні дружини, на них лягають завдання матеріального забезпечення догляду за такою дитиною, які обіцяють бути довічними. Чоловіки і жінки с самого початку по-різному реагують на звістки про порушення у дитини. Чоловіки, як правило, реагують менш емоційно і задають питання про довгострокові наслідки порушень; матері виявляють більш емоційну реакцію і висловлюють страх не впоратися з доглядом за дитиною. Чоловіки більше матерів стурбовані соціально прийнятною поведінкою своїх дітей, їх соціальним статусом і кар’єрою.

Велика ймовірність розпаду сімей, які не зуміли подолати кризу, викликану народженням дитини з аутизмом. Нерідко такі сім’ї розпадаються через взаємні звинувачення подружжя в відповідальності за народження хворої дитини. Саме проблема сімейно-родинних відносин займає важливе місце, тому що від ситуації в родині залежить розвиток дитини. Взаємини між батьками і дітьми завжди тісно пов’язані з характером відносин між самими батьками, способом життя сім’ї, її благополуччям. Розвитку “особливої” дитини

сприяє доброзичлива атмосфера, — така система сімейних взаємин, яка дає відчуття захищеності, стимулює і направляє розвиток.

Таким чином, батьки які виховують дитину з аутизмом, знаходяться в досить складній ситуації: з одного боку, народження хворої дитини, проблеми пов'язані з її вихованням, лікуванням негативним чином позначаються на динаміці подружніх відносин, функціонування сім'ї та психологічному кліматі; з іншого боку, несприятлива атмосфера в сім'ї не сприяє гармонійному розвитку дитини.

Т. А. КАТКОВА
магістр психології, ст. викладач кафедри психології, Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького

ЗАХИСТ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПЕДАГОГІВ ЗАСОБОМ ФОРМУВАННЯ ЕФЕКТИВНИХ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ

Збереження психічного та психологічного здоров'я вчителів є важливим завданням сьогодення. Соціально-економічні перетворення в нашій країні актуалізували проблему збереження психічного та психологічного здоров'я сучасного вчителя. Це поставило перед закладами освіти завдання створення таких умов розвитку особистості вчителя, які б сприяли утвердженню здорового способу життя особистості.

Метою нашого дослідження є теоретичне обґрунтування копінг-стратегій як ефективного психопрофілактичного засобу, спрямованого на захист психічного здоров'я педагогів.

Проблеми збереження здоров'я і здорового способу життя вчителів та умови їх оптимізації стають сьогодні проблемами не тільки соціально-медичними, а й психологічними. Доцільно підкреслити, що професія педагога насичена багатьма стресогенами. Серед найбільш поширених можна вирізнити такі як фрустрованість, підвищена тривожність, роздратованість, невпевненість в собі тощо. Суттєвим стресогенним фактором є психологічні й фізичні перевантаження педагогів, які спричиняють виснаження моральних і фізичних сил, що неминуче позначається як на ефективності професійної діяльності, психологічному самопочутті, так і на стосунках у сім'ї, педагогічних колективах.

Найважливішими характеристиками праці вчителя є наявність широкого кола обов'язків, напруженість, підвищена відповідальність, що обумовлює її стресогенність. Вчитель, який перебуває у постійному стресовому стані, не може виконувати повноцінно свої обов'язкі. Результатами тривалих стресових станів може стати формування синдрому емоційного вигорання. Специфіка професії педагогів вимагає ефективного використання механізмів адаптації та саморегуляції у складних життєвих та педагогічних ситуаціях, тобто копінг-поведінки.

"Батьком" психології здоров'я вважають видатного американського психолога Д. Матараццо, а "батьківщиною" — Сполучені Штати Америки. Проблема копінгу активно досліджується в сучасній психології. Серед зарубіжних авторів вивченням цієї проблеми займаються А. Білінгс, Р. Лазарус, А. Райт, С. Фолкмен, К. Форд та ін. В українській психологічній науці дослідження копінг-поведінки стало відбуватися нещодавно. Серед психологічних науко-

вих праць слід відзначити таких дослідників як О. І. Склень, З. А. Сиворакова, в яких підкреслюється роль формування копінг-поведінки в різних сферах професійної діяльності. Аналіз українських досліджень дав можливість виділити роботи у межах загальної та педагогічної психології, що стосуються саморегуляції педагогів в складних умовах їх професійної діяльності (І. В. Сергеєва, О. С. Третяк) та її формування у майбутніх вчителів (С. В. Малазонія, Н. І. Сидоренко).

Термін "coping" почав використовуватися в американській психології на початку 1960-х років для вивчення поведінки особистості в стресових ситуаціях. Вперше цей термін з'явився в працях Л. Мерфі, який використав його, досліджуючи способи подолання дітьми вимог внаслідок кризи розвитку. Вчений зазначав, що копінг як процес включає певні зусилля, які не можуть бути віднесені до автоматизованих адаптаційних механізмів, як, наприклад, рефлекси. Останні є більш примітивними засобами у співвідношенні з копінгом. У своїх дослідженнях науковець висловлював припущення, що з розвитком людини, її когнітивні механізми та символізація стають все більш розповсюдженими у функціонуванні, а роль примітивних механізмів менш значущими у зв'язку з копінгом.

Ф. Є. Василюк стверджував, що різні критичні ситуації (стрес, фрустрація, конфлікт та криза) відзначаються як "ситуації неможливості", в яких особистість "стикається з неможливістю реалізації внутрішніх потреб свого життя (мотивів, прагнень, цінностей тощо)". Ефективність копінгу, на думку автора, визначається не тільки усвідомленням і осмисленням проблеми та засобів подолання, але й конкретними діями стосовно її вирішення. Це підкреслюється автором у визначенні етапів вирішення критичної ситуації: задоволення "тут-і-тепер"; реалізація мотиву (задоволення потреби); впорядкування внутрішнього світу; самоактуалізація

С. В. Малазонія було доведено необхідність формування здатності до регуляції поведінки як фактора підвищення ефективності професійно-педагогічної діяльності. Автор стверджує, що розвиток регуляції поведінки призводить до активації внутрішніх механізмів особистості, що сприяє вибору конструктивних способів поведінки та як наслідок сприяє успішній діяльності.

Головною функцією копінгу є адаптація людини до стресової ситуації, задоволення актуальних життєвих потреб та відновлення комфортного психологічного стану. Ця функція реалізуються завдяки копінг-стратегіям, які виступають як певні усвідомлені способи поведінки особистості. Поведінку можна вважати продуктивною, якщо в результаті взаємодії з проблемною ситуацією людина: усвідомлює значущість її вирішення, знаходить свій індивідуальний варіант подолання, робить певні дії в цьому напрямку, задовольняє свої актуальні потреби та відновлює свій комфортний психологічний стан.

Встановлено, що ефективні та відносно-ефективні копінг-стратегії спостерігаються у вчителів з середнім та високим рівнем рефлексії та емпатії.

При цьому, з ліберально комформним стилем взаємодії вчителі обирають педагогічну спрямованість "на себе", з демократичним та змішаним стилем

взаємодії — “на розвиток”, з авторитарним та змішаним — “на результат”. Ефективні та відносно-ефективні копінг-стратегії обирається вчителями з демократичним та змішаним стилем взаємодії з педагогічною спрямованістю “на розвиток” та “на результат”.

Педагогічна праця — той вид діяльності, в якому необхідність обліку і виявлення особистісних особливостей педагога грає важливу роль. Педагог є значущою фігурою навчально-виховного процесу, психологічне та фізичне благополуччя якого має первинне значення. Професійно-особистісні зміни психологічні установки та стереотипи, які виникають в процесі діяльності, знижують якість викладання, невротизують учнів, заважають проявленню професійно значущих якостей особистості вчителя та інших учасників педагогічного процесу.

Досягненню комфортного психологічного стану та психофізіологічного здоров’я сприяє ефективна копінг-поведінка вчителів, яка визначається їх професійно-особистісними якостями: рівнем рефлексивності, рівнями самоактуалізації та емпатії, педагогічним стилем їх керівництва, педагогічною спрямованістю, підвищення та розвиток яких активними соціально-психологічними методами навчання сприятиме більшому функціонуванню ефективних копінг-стратегій педагогів.

Зняття психоемоційного напруження педагогів обумовлено усвідомленням та прийняттям актуального стану та руху в напрямку пошуку ресурсів, знаходження ресурсних станів, що приводить до особистісного та професійного зростання.

В. Х. КОВАЛЕНКО
студент ІІІ курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП",
Науковий керівник: д-р. психол. наук А. М. Грись

ВПЛИВ СУБКУЛЬТУРИ НА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ

Тема субкультури та її впливу на формування особистості — це тема "молода", оскільки в переважній більшості випадків стосується молоді. Її актуальність виходить із того, що сучасне інформаційне суспільство розвивається швидкими темпами, — не встигає закріпитися нова соціальна цінність, як на зміну приходить інша. Зазвичай, більшості старшого покоління, яке виховувалося при авторитарному режимі, притаманні риси непоступливості та впевненості в тому, що "вони завжди праві". На їхній погляд, молодше покоління має лише виконувати їхні вимоги, не сперечаючись із рішеннями старших. Все це, звичайно, залишило відбиток на сучасній культурі нашої країни. Нова генерація зі своїми амбіціями, схильністю до максималізму, намагається зруйнувати стереотипи та отримати більше свободи, що об'єктивно притаманне молоді завжди і суб'єктивно характерно для інформаційної культури, оскільки її головним джерелом розвитку є сама унікальність людини. Тому, формуючи своє ставлення до життя, починаючи з періоду ранньої юності, власні цінності та норми, які, звичайно, відрізняються від пріоритетів старшого покоління, молодь шукає своє унікальне місце в соціумі, поле для реалізації. Отже, метою нашої роботи стало теоретичне вивчення проблеми впливу субкультури на формування особистості.

Перші паростки молодіжних об'єднань зароджуються в період ранньої юності, коли молодь відчуває багато сил та енергії, але не знаходить сфери для її реалізації. Юнацтво відчуває себе некорисним та безпощадним у великому суспільстві, яке належить головним чином дорослим, воно потребує й чекає підтримки. Тому на допомогу повинні прийти дорослі, спрямовуючи цю активність у позитивне русло та підтримуючи її. Проте, враховуючи амбіційність, нестриманість, максималізм юнацького віку, підготовка має бути ненав'язливою, поради повинні мати невимушене забарвлення, оскільки невірний підхід викликає бурхливий сплеск негативних емоцій у молодої людини. Існує тенденція молоді робити навпаки порадам дорослих, але це знов-таки залежить від того, яким чином налаштовані старші, наскільки вони є терплячими. Саме тому молодь об'єднується за спільними проблемами та інтересами. Ці проблеми мають свій "мікросвіт", до якого дорослим вхід заборонено. Це коло однодумців, як правило, заперечує "дорослу" культуру. На цьому етапі створюються неформальні молодіжні об'єднання, в яких до-

мінуючим питанням є "Хто я?" та проблема самоактуалізації. Тобто, поява різноманітних молодіжних об'єднань, викликана, по-перше, ідентифікацією себе з референтними однолітками, щоб не бути "білою вороною", а по-друге — намаганням досягти. За останні десятиріччя як в нашій країні так і за кордоном проблема молодіжних об'єднань, цінностей і ціннісних орієнтацій молоді набула особливої актуальності. Ці поняття є об'єктом дослідження багатьох наук зокрема, філософії, психології, соціології, що говорить про їхню складність та багатоплановість.

В умовах нестабільного суспільства об'єктивні процеси розвитку молодіжних об'єднань можуть набувати негативного спрямування. Аби зменшити стихійні процеси в молодіжних об'єднаннях та створити сприятливі умови соціального розвитку молоді, необхідно керувати цим процесом на науково обґрунтованому рівні, аби не зашкодити ані молодій людині, ані суспільству. Саме це є метою психолого-педагогічної науки і практики стосовно нової генерації. В процесі вивчення психологічних особливостей представників неформальних об'єднань, нами було здійснено аналітичний огляд джерел наукової літератури, а також проведено психодіагностичне тестування учнів середніх шкіл м. Києва.

Молодіжне об'єднання — це неоднорідне явище, що має декілька можливих рівнів втілення ідеалу людини. Поняття "об'єднання" як наукового терміну є досить широким та багатоскладовим.

За домінуючими цінностями та ознаками, всі молодіжні об'єднання можна поділити на такі групи:

- музичні;
- епатажно-протестові;
- розправно-самосудні;
- романтико-ескапітські;
- гедоністично-розважальні;
- релігійно-містичні.

Хоча у чистому варіанті жодного типу молодіжного об'єднання не існує, оскільки їх угруповання не відзначаються стійкістю та перетинаються, взаємопроникають один в одний, проте кожне обєднання має свої відмінності та характеристики:

- Музичні молодіжні об'єднання — виникли навколо різних музичних стилів.
- Розправно-самосудні неформальні об'єднання — переважно вихідці з робітничих сімей, які за допомогою сили борються з різними відхиленнями від певних ідеалів.
- Романтико-ескапітські молодіжні об'єднання (від англ. *escape* — втекти, уникнути, позбавитися) — відрізняються орієнтацією на створення паралельного світу, витворення власного "міфу".
- Гедоністично-розважальні об'єднання — це об'єднання, члени яких отримують насолоду від різного роду розваг, якими займаються.

- Релігійно-містичні об'єднання — постають унаслідок синтезу містичних та релігійних культів. Проповідають вирішення глобальних проблем людини, держави й усього світу загалом.

За статистичними даними, саме молодь в період ранньої юності складає найбільший кількісний показник серед учасників молодіжних об'єднань, адже в цей період відбувається вибір життєвих ціннісних орієнтацій та формування на їх основі особистісного "Я". Належність до молодіжного об'єднання — це своєрідний спосіб продемонструвати світові свої власні погляди на життя, адже молоді характерне протиставлення себе дорослим, прагнення до незалежності та самостійності. Саме тому підлітки об'єднуються з іншими однодумцями та демонструють те, що у них є власні життєві позиції.

Майже у всіх неформальних молодіжних об'єднаннях важливу роль відіграє зовнішній вигляд. В цьому також проявляється та реалізується надзвичайно важливе для особистості, що формується, почуття приналежності: щоб бути повністю "своїм", потрібно виглядати "як всі", і розділяти загальні захоплення.

Молодіжні об'єднання впливають на розвиток творчості, адже тут молодь тісно пов'язана з музикою, дехто починає грати на музичних інструментах, здебільшого, це гітара, дехто — писати тексти пісень, малювати тощо. Ще одним з позитивних факторів впливу молодіжних об'єднань є те, що у підлітків зменшується рівень тривоги, загостреної потреби в розумінні. Молоді люди створюють власну систему цінностей, прагнуть підвищувати свій культурний рівень, створюють глобальні плани, спрямовані на майбутнє. Відбуваються також і інші позитивні зміни, пов'язані з належністю підлітка до певного об'єднання, але головною серед них є те, що особистість знаходить свій шлях реалізації, самоствердження та розкриття своїх здібностей. Все це в подальшому житті сприяє його активнішій соціалізації та розвитку як особистості.

Проте, звісно, є і негативні сторони окремих молодіжних об'єднаннь. У розважально-музичних — це інфантильність (дорослі діти), у ескапістських — десоціалізація (невміння співжити в суспільстві, досягати в ньому успіху, безнадійна втеча), у деструктивних — кримінальна відповідальність. Майже у всіх — нездоровий спосіб життя.

Отож, якщо діяльність молодіжних об'єднань не виходить за межі здорового глузду і не веде до "розлучення" зі світом, то такі захоплення є навіть корисними, сприятливими для здорового способу життя й розвитку вольових та фізичних якостей. Водночас треба стежити за всебічним розвитком особистості, не замикатися в наявних межах.

А. Е. КОВАЛЬ
студент ІІІ курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП"
Науковий керівник: канд. психол. наук О. Л. Шопша

ФУНКЦІЇ ЛІДЕРСТВА

Лідери є в будь-якому колективі, вони заслуговують на особливу увагу, так як активно впливають на морально-психологічний клімат в колективі та можуть стати джерелом конфліктів, але саме вони ж складають резерв на висування керівних кадрів. Саме це обумовлює актуальність обраної нами теми дослідження, метою якого є теоретичний аналіз функцій лідерства.

Методика вимірювання неформальної структури групи, інакше іменована соціометричною процедурою, розроблена в психологічній науці досить докладно. Для цього достатньо запропонувати співробітникам перелік непрямих і прожективних питань, наприклад: з ким хотів би розділити службовий кабінет; кого запросив би для спільного виконання відповідального завдання; хто із співробітників найкраще підходить для виконання обов'язків керівника на час його відпустки і т. д. Питання подібного роду, складені з урахуванням специфіки діяльності колективу, індивідуально-психологічних особливостей його членів, дозволяють дати кількісну оцінку реальних зв'язків між співробітниками за ознаками симпатії — антипатії, виявити неформальних лідерів, підрахувати социометрический індекс згуртованості групи.

Лідер (від англ. *leader* — провідний, керівник) — особистість, яка користується визнанням та авторитетом в групі; людина, за якою група визнає право приймати рішення про дії у важливих ситуаціях, бути організатором діяльності групи і регулювати відносини в ній.

Поняття "лідер" пов'язане з поняттями "управління" і "керівник". На відміну від лідера, який переважно здійснює регуляцію міжособистісних стосунків у групі, керівник здійснює регуляцію офіційних стосунків. Лідер — це член групи, який добровільно взяв на себе значну міру відповідальності вдосягненні групових цілей.

Лідерство в групі може бути як формальним (офіційні керівники), так і неформальним. Серед неформальних можна виділити ділових, емоційних, авторитарних, демократичних і, нарешті, найважливіше, позитивних і негативних лідерів.

Формальний лідер призначається або обирається, набуваючи таким чином офіційного статусу керівника. Неформальний лідер — це член групи, який найбільш повно всвоїй поведінці відповідає груповим цінностям і нормам. Він веде групу, стимулюючи досягнення групових цілей і виявляючи при цьому більш високий рівень активності порівняно з іншими членами групи.

Керівник зобов'язаний мати уявлення про неформальні структури свого колективу, щоб своєчасно запобігати конфліктним ситуаціям, чітко уявляти, хто формує громадську думку в даній робочій групі, мати уявлення про ступінь авторитетності свого заступника та інших співробітників.

Лідер і керівник мають справу з однопорядковим типом проблем, а саме — вони повинні стимулювати групу, націлювати її на вирішення певних задач. Впсихологічних характеристиках їх діяльності є багато спільних рис. Однак лідерство — це суто психологічна характеристика поведінки окремих членів групи. Керівництво є переважносоціальною характеристикою відносин у групі, перш за все з точки зору розподілу ролей управління і підпорядкування.

До основних функцій, що виконують лідери в групах, насамперед належать новаторська, комунікативна, організаторська, координаційна, організаційна. Новаторська функція означає, що лідер свідомо вносить нові, конструктивні ідеї функціонування й розвитку групи. Акумулюючи й генеруючи нові ідеї, лідер формулює нові цілі й задачі, обґрунтовує пріоритети в розвитку групи, тактичні способи й методи їхнього досягнення. Комунікативна функція припускає відбиття всього спектра потреб і інтересів членів групи. Лідер — своєрідний акумулятор ідей і настроїв у групі, виразник інтересів і потреб групи, виявляє їх у взаєминах з іншими групами. Організаторська функція логічно випливає з новаторської й комунікативної функцій. Щоб направляти й організовувати дії групи, лідер повинен мати організаторські якості, уміння завойовувати довіру членів групи, поєднувати їхні зусилля для досягнення певних цілей. Координаційна функція є продовженням організаторської й спрямована на координацію й узгодження дій всіх членів групи, а також практичних виконавських рішень. Інтегративна функція спрямована на підтримку цілісності й стабільності групи.

Особливості виконання лідером названих функцій залежать від типу групи й характеру її діяльності. Так, у спортивній команді лідер, насамперед, організує й координує дії гравців, забезпечує "зарядженність" команди на перемогу; в науковому колективі лідер у першу чергу виконує новаторську функцію, будучи "генератором ідей", що визначають основні напрямки роботи.

А. І. МІЩЕНКО
студент ІІІ курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП"
Науковий керівник: д-р. психол. наук А. М. Грись

ОСОБЛИВОСТІ МІЖОСОБИСТІСНИХ ВІДНОСИН У МОЛОДШОМУ ШКІЛЬНОМУ ВІЦІ

Актуальність обраної теми дослідження полягає в тому, що сьогодні міжособистісні стосунки порушені через несприятливі умови соціалізації, викликані соціальними напруженнями, економічною та політичною нестабільністю. Всі ці фактории визначають характер міжособистісних стосунків у багатьох сферах: сім'ї, школі, трудовому колективі. Досвід міжособистісних стосунків у молодшому шкільному віці з ровесниками, вчителями, батьками є фундаментом для розвитку особистості дитини, становлення її самооцінки, впевненості в собі, самоефективності.

В межах виконаного дослідження, було поставлено мету: теоретично вивчити та емпірично дослідити особливості міжособистісних стосунків у дітей молодшого шкільного віку.

В молодшому шкільному віці все більше значення для розвитку дитини набуває її спілкування з однолітками. В спілкуванні дитини з однолітками не тільки більш охоче здійснюється пізнавальна предметна діяльність, але й формуються найважливіші навики міжособистісного спілкування та етичної поведінки. Прагнення до спілкування робить групу однолітків для школяра надзвичайно цінною та привабливою. Участь у групі вони дуже цінують (А. А. Реан). Від того, як дитина спілкується з однолітками, буде залежати напрям її особистісного розвитку. Отже, міжособистісні відносини в групі є одним із чинників розвитку особистості.

Емпіричне дослідження особливостей міжособистісних відносин в молодшому шкільному віці було проведене нами в жовтні 2017 р. серед учнів Шамраївської та Білоцерківської шкіл Київської області. В дослідженні взяли участь участь 26 учнів 3-го класу та 15 учнів 4-го класу.

Для вирішення нашого завдання було підібрані такі методики: методика "Соціометрія", проективна методика Ю. З. Гільбуха "Мій клас" та проективна методика визначення самооцінки А. В. Захарова. Всі ці методики спрямовані на краще визначення особливостей міжособистісних відносин.

В результаті проведеного дослідження, нами було виявлено, що переважна більшість молодших школярів 3-го та 4-го класів відчувають себе спокійно в класі і серед їхнього колективу, демонструють благополучну соціально-психологічну позицію.

Для того, щоб дослідити мікрогрупи, ми використовували соціограму. Як показала соціограма, в 4-му класі двоє із досліджуваних учнів були ізольова-

ними від решти, а в 3-му класі таких учнів виявилося троє. Наявність у класі лідерів є природним і цілком імовірним явищем, але ті, хто насолоджується цим статусом, дістають його часто за рахунок знехтування інших. Так, у 4-му класі виявлена одна "зірка", а в 3-му класі їх виявлено чотири. Вчитель має враховувати це й докладати зусиль, аби "засвітити" й заохотити сильні сторони та можливості лідерства також і в інших учнів.

Було з'ясовано, що серед досліджуваних учнів у 4-му класі утворилися дві мікрогрупи (7,6,3) і (13,9,8) в 3 класі три мікрогрупи (20,15,6) (1,15,6) (1,16,15), причому мікрогрупи в цих класах утворилися поза навчальною діяльністю, наприклад, гурток танців.

Самооцінка у більшості досліджуваних учнів виявилася середньою, що свідчить про адекватність сприйняття ними себе та особливостей свого "Я-образу". Дані джерел наукової літератури свідчать про те, що успішність дітей із нормальною самооцінкою є кращою, ніж у дітей із низькою самооцінкою.

Також нами було з'ясовано, що в досліджуваних класах є значна кількість неприйнятих дітей. Це характеризується відстороненням від учнівського колективу, поганою поведінкою та низькою самооцінкою. Низька самооцінка підриває впевненість у своїх силах і формує низький рівень домагань і очікувань, а низька успішність знижує самооцінку. Становище таких учнів серед ровесників, як правило, буває проблематичним для них. Завдання вчителя полягає в залученні дітей із заниженою самооцінкою до різноманітних видів діяльності, що допоможе їм набути впевненості у власних силах.

Л. С. НИЖИЛОВСЬКА
студент II курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП"
Науковий керівник: д-р психол. наук, професор А. М. Грись

АДАПТАЦІЯ, СОЦІАЛІЗАЦІЯ ТА САМОРОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ

Соціалізація є формою саморозвитку внутрішнього потенціалу людини. Тому важливим аспектом є дослідження соціалізації, як похідної від самоактуалізації особистості (саморозвиток і самовиховання).

Метою даної роботи є аналіз джерел наукової літератури з питань адаптації, соціалізації та саморозвитку особистості.

Адаптація і соціалізація людини є одним із цілком реальних способів збереження життєздатності людини у сучасному та майбутньому світі. Соціалізації є частиною процесу становлення особистості, коли формуються найзагальніші та найпоширеніші, усталені риси особистості, що виявляються в соціально організованій діяльності, регульованій рольовою структурою суспільства. У змісті процесу соціалізації можна виділити два структурні елементи: соціальну адаптацію та інтеріоризацію.

Адаптація — пристосування індивіда до умов існування різних соціальних структур і спільнот, внаслідок чого він засвоює існуючі в них норми, цінності та ідеали. Адаптація означає пристосування індивіда до рольових функцій, до соціальних норм, цінностей, до умов функціонування різних сфер суспільства. В процесі адаптації індивід погоджує самооцінки і свої претензії зі своїми можливостями і реальностями соціального середовища. Інтеріоризація — процес формування внутрішньої структури людської психіки з допомогою освоєння соціальних норм, цінностей та інших компонентів соціального середовища внаслідок соціальної діяльності, процес переведення елементів зовнішнього середовище у внутрішнє "Я". Результатом інтеріоризації є індивідуальність особистості, неповторюваність її духовного світу, специфіка соціальної активності.

Вплив несприятливих чинників та соціального середовища на процес соціалізації особистості.Соціальна середовище — частина довкілля, що складається з взаємодіючих індивідів, груп, інститутів, культур тощо.Соціальна середовище — це об'єктивно соціальна реальність, що є сукупність матеріальних, політичних, ідеологічних, соціально-психологічних чинників безпосереднього взаємодії особою у процесі її життя і з практичної діяльності. Процес соціалізації суто індивідуальний. Тому соціалізація індивіда з необхідністю передбачає його індивідуалізацію, формування особистісних якостей. Соціалізація є безперервним процесом. Вона охоплює всі етапи життєвого шляху людини, протягом якого вона засвоює та використовує

цінності культури, але основні навички вона отримує в дитинстві, та підлітковому віці. Кількісне накопичення засвоєних цінностей у певний період переходить у нову якість, що виявляється у зміні структури та спрямованості особи. Залежно від віку індивіда розрізняють 4 основних етапи соціалізації:

1. Соціалізація дитини.
2. Соціалізація підлітка (нестійка, проміжна).
3. Тривала цілісна соціалізація (перехід від юності до зрілості у період від 17–18 до 23–25 років).
4. Соціалізація дорослих.

На соціалізацію дітей та підлітків впливають: батьки, вчителі, вихователі, лікарі, няні. Також освіта, де людина засвоює необхідні для соціальної практики знання, цінності, формує навички соціальних відносин. Сьогодні освіта є могутнім джерелом соціально-економічного, науково-технічного, культурного розвитку суспільства.

Найголовніше завдання суспільства і педагогіки — не підкоряти, не деформувати, а вчити особистість саморозвитку, самоудосконаленню, вмінню бути собою, завжди і у всьому робити свій свідомий вибір.

Людина творить власне життя, керуючись певними світоглядними принципами. Саме світогляд виконує у системі внутрішнього світу особистості роль інтегрального регулятора особистісного розвитку. Світогляд моделює світ і особистість в їх зв'язку і взаємодії, відтворюючи їх як в реальному, так і в майбутньому розвитку. Саме у світогляді міститься ідея саморозвитку особистості. Саморозвиток являє собою складний динамічний процес. Його цілі, зміст змінюються відповідно до вікових та індивідуальних властивостей особистості. У процесі саморозвитку особистість використовує прийоми самонавіювання, самоаналізу, а також самодисципліну, що включає самопокарання і самозаохочення, самонаказ і самозаспокоєння. Реалізація більшості названих форм саморозвитку супроводжується процесами самопізнання, пізнання навколишнього світу і самовизначення. Формування уявлень про власне Я включає процеси самооцінювання, самозвірення, самокорекції, самовдосконалення та ін.

Рушійними силами у самовихованні особистості є визначені протиріччя. Ціль життя може бути одною, а захоплення — в іншій сфері, в результаті чого між бажанням удосконалювати себе і реальним самовихованням виникає невідповідність. І не завжди протиріччя можуть бути вирішені зусиллями самої людини. Цьому сприяє її правильне виховання. Іноді виховання лише створює умови для самовиховання, іноді формує якості особистості, необхідні для успішної роботи над собою, і завжди сприяє визначення ідеалу, цілі життя, вибори напрямку самовдосконалення, стимулює зусилля особистості у її розвитку вперед. В мірі розвитку самосвідомості, самостійності і активності особистість стає керівником самої себе.

Отже, соціалізація має великий вплив на формування особистості людини та прагнення її до саморозвитку. Соціальна адаптація передбачає способи пристосування, регулювання, гармонізації взаємодії індивіда з середовищем

в тому разі, коли людина постає як активний суб'єкт, який адаптується всереде відповідно до своїми потребами, інтересами, прагненнями і активна самовизначається. Саморозвиток безпосередньо пов'язаний із розвитком, а самовиховання — з вихованням. Але не лише в ихования має велике значення для соціалізації особистості, а й індивідуальні особливості людини.

Т. В. ОБЕРЕМОК
студент факультету соціально-економічної освіти та управління
НПУ імені М. П. Драгоманова
Науковий керівник: канд. психол. наук, доцент Г. А. Дьоміна

ПОДОЛАННЯ КОНФЛІКТОГЕНІВ СПІЛКУВАННЯ

Спілкування — невід'ємна частина людського життя, одна із духовних потреб, важливий канал передача інформації та засіб створення безпосереднього міжособистісного контакту. В процесі спілкування дуже часто можуть виникати конфлікти та непорозуміння, адже у кожної людини наявні свої переконання, принципи, мотиви діяльності, котрі не завжди співпадають із позицією співрозмовника. Міжособистісні та групові конфлікти мають серйозне значення в налагоджені комунікативних зв'язків і можуть бути спровоковані різноманітними чинниками — конфліктогенами, тому подолання конфліктогенів спілкування є актуальною проблемою психології.

Метою даної роботи є визначення, на основі аналізу джерел наукової літератури, різновидів конфліктогенів у поведінці та виокремлення способів їх подолання залежно від типу.

Дослідженням проблеми конфліктів займаються багато відомих науковців, зокрема такі вчені як: Гуменюк Л. Й., Котлова Л. О., Ортинський В. Л., Прибутько П. С. Науковці зазначають, що конфліктогени — вербальні та невербальні компоненти поведінки особистості або групи, що сприяють виникненню та ескалації конфліктів. Відповідно, можна зазначити, що це певні дії, слова, рухи або навіть бездіяльність, котрі можуть спровокувати конфлікт. Класифікувати дані чинники складно, адже всі вони залежать індивідуально від кожного учасника комунікативного процесу. Науковці розподіляють їх на три великі групи: прагнення до зверхності; прояви агресивності; прояви егоїзму. Прояви зверхності можуть демонструватися співрозмовниками, які бажають проявити свою перевагу над іншими, котра виражається в прямих зауваженнях, наказах, гострій необґрунтованій критиці, саркастичних коментарях (саркастичній усмішці), категоричних висловлюваннях, брехні, кепкуванні та в інших видах. Можна зауважити, що даний тип характеризується порушенням етики та невисоким рівнем володіння культури спілкування. Подібна поведінка також може бути свідченням поганого виховання. Прояви агресивності, як зазначають науковці, можуть бути усталеними — як певна риса особистості: в такому випадку співрозмовнику складно стримувати себе, він може чекати будь-якого поштовху до провокативної поведінки. Або ж ситуативною — яка виникає залежно від ситуації та є певною реакцією на неї. Люди, котрі мають високий рівень агресивності виражають себе як дуже конфлікті особи.Третя група конфліктогенів: "прояви егоїзму" — характери-

зується задоволенням власних інтересів та потреб без урахування інтересів співрозмовника. Тенденція даних проявів поведінки є суттєвою перепоною в налагодженні комунікативного зв'язку, зазвичай такий співрозмовник не бажає співпрацювати, в команді прагне виступати лідером, хоч і не завжди має необхідні здібності. Варто зазначити, що прояви егоїзму можуть сформуватися ще в самому дитинстві, тому їх складно позбутися в дорослому віці, але самоаналіз та самовиховання, звичайно, можуть посприяти цьому. Дані конфліктогени — це результати не одноразового випадку, а тривалого процесу становлення особистості, виховання та самоідентифікації в соціумі. Тому і процес подолання конфліктогенів займає певний проміжок часу, адже він супроводжується ретельним самоаналізом та саморегуляцією власної поведінки. Також необхідно відмітити, що дуже часто людина може не усвідомлювати того, що вона поводить себе нетактовно відносно інших, проявляє високий рівень егоцентризму та власними діями провокує появу конфлікту. В таких ситуаціях важлива роль втручання близьких, співрозмовників та інших осіб котрі можуть посприяти подоланню провів конфліктогенів та знайти правильні шляхи впливу.

Проаналізувавши різновиди конфліктогенів у поведінці, можна виокремити відповідні способи їх подолання залежно від типу. Так, при проявах зверхностінеобхідно усвідомити, що жодна людина не має морального права зверхньо ставитися до іншої, всі рівні у своїх правах та можливостях, і навіть якщо один із співрозмовників володіє надзвичайною ерудицією, талантом, певними здібностями, це не дає йому права зверхньо ставитися до співбесідників. Не варто здійснювати оцінку дій іншої людини, якщо ви не є компетентними у сфері її діяльності. Дуже часто деяка зверхність, пихатість проявляється до людей, котрі не можуть самостійно себе відстояти, — в таких ситуаціях необхідно пам'ятати про те, що людина не може самостверджуватися на основі слабкості інших, слід усвідомити власні недоліки та намагатися їх викорінити, займатися самовихованням та дисциплінуванням. В. П. Шейнов зазначає, що для того щоб блокувати зверхність, варто виконувати наступні дії: дати співрозмовнику змогу самоствердитися і проявити компетентність у ваших очах; пам'ятати про важливість скромності в деяких ситуаціях. При проявах агресивності науковці зазначають, що існують наступні способи боротьби:

– необхідно зняти психологічну напруженість — активним та дієвим способом є рухова активність (спорт, фізичні вправи) за допомогою якої негативно заряджений адреналін залишає людину. Сублімація також може проявлятися в направленні енергії в творчість, соціально-значущу діяльність. Але дані способи можуть бути тимчасовою розрядкою організму і люди з підвищеним рівнем агресивності надалі її проявлятимуть, тому ефективнішим та довготривалим є наступний спосіб;

– необхідно усвідомити, що прояви агресивності руйнують ваше життя, для того щоб змінилося щось навколо необхідно змінити себе, своє мисленя та ставлення до обставин, потрібно займатися ґрунтовним самоаналізом,

за необхідності можна звернутися до фахівців, котрі ефективно допоможуть вирішити проблему.

При проявах егоїзму необхідно:

- навчитися ставити себе на місце іншої людини в тій чи іншій ситуації, проявляти емпатію — шляхом до цього є переосмислення власних життєвих критеріїв, принципів;
- усвідомити, що не існує ідеальних людей і в кожного можуть бути певні недоліки, індивідуальні риси;
- навчитися адекватно сприймати ґрунтовну та справедливу критику і відповідно робити певні висновки;
- також для боротьби з егоїстичною поведінкою можна спробувати реалізувати себе в благодійній, волонтерській діяльності, де необхідно безкорисливо допомагати іншим та надавати соціальні послуги.

Даний перелік не вичерпний, адже, як вже зазначалося, конфліктогени — це індивідуальні прояви, тому і способи вирішення можуть варіюватися і доповнюватися. Корені даних конфліктогенів дуже глибокі, деякі започатковані ще в дитинстві, тому, звичайно, для того щоб їх подолати необхідно комплексно підходити до проблеми та найголовніше усвідомити, що вона існує і заважає спілкуванню з іншими. Адже, як зазначає Л. О. Котлова: “Конструктивне вирішення конфлікту можливо лише в процесі ефективного спілкування конфліктуючих сторін”.

Необхідно навчитися саморегулюванню власної поведінки в конфліктних ситуаціях, покращувати власну стресостійкість та поведінку спілкування.

О. М. ОЛЕКСЕНКО
студент V курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП"
Науковий керівник: канд. психол. наук, професор МКА Т. М. Вакуліч

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ В МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Умови сучасного життя, знецінення діяльності медиків, завищені соціальні очікування, суттєві психоемоційні навантаження, а також недостатня обізнаність медиків щодо збереження свого психологічного здоров'я, відсутність умінь ефективно долати стресові ситуації все частіше призводять до розвитку небажаних психологічних станів. Ці та інші факторивикликають ускладнення у професійній діяльності, в сім'ї, у взаємодії з оточуючими, сприяють зниженню працездатності, виникненню депресивних станів і, як наслідок — формування синдрому "професійного вигорання".

Метою даної роботи є теоретичний аналіз та емпіричне дослідження феномену професійного вигорання в медиків.

Професійне вигорання (англ. *Occupational burnout*) — термін, введений американським психіатром Гербертом Фрейденбергергом у 1974 р. як позначення синдрому, який характеризується емоційним виснаженням, перевтомою, зміною відношення до своєї професії, отриманими внаслідок постійних, довготривалих стресів на роботі. Для вивчення цього феномену, ряд авторів розробили свої власні концепції. Так, в теоріях К. Маслач та С. Джексон, вигорання характеризується емоційним виснаженням, деперсоналізацією, та зниженням відчуття власних досягнень. С. Меламед описує професійне вигорання як комплекс, що складаємся з трьох основних симптомів — емоційного, когнітивного та фізичного виснажень. Синдром вигорання також входить до американського класифікатора психічних хвороб DCIM. Розвитку синдрому сприяє необхідність роботи в одноманітному або напруженому ритмі, з емоційним навантаженням при взаємодії з важким контингентом. Сприяє цьому і відсутність належної винагороди (не тільки матеріальної, а й психологічної) за виконану роботу, що змушує людину думати, що його робота не має цінності.

До синдрому вигорання, в першу чергу, схильні представники професій, пов'язаних з безпосередньою роботою з людьми і/або високою відповідальністю за інших (особливо якщо мова йде про життя, здоров'я і безпеки). В 2017 р. Міжнародний Кадровий Портал hh.ua. провів дослідження, в результаті якого було виявлено, що в Україні медичні професії посідають друге місце по ризику виникнення вигорання. Дослідження в різних країнах світу доводять, що синдром професійного вигорання починає формуватися вже у студентів-медиків старших курсів. Робота в медичній сфері ставить перед людиною багато різних, а часто і незвичних вимог. У процесі професійного

вигорання медичних працівників є дві дуже важливі індивідуально-психологічні особливості особистості — це емоційна спрямованість особистості та наявність сенсу в своїй професійній діяльності й особистому житті.

В діагностиці професійного вигорання використовують методику Крістіни Маслач — Maslach Burnout Inventory (MBI) а також опитувальник В. В. Бойко. Методика В. В. Бойко ("Діагностика рівня емоційного вигорання"), на нашу думку, дозволяє найбільш повно, системно і детально проаналізувати міру вираженості дванадцяти симптомів синдрому "вигорання", в трьох компонентах, а саме:

1) "Напруження" (переживання психотравмуючих обставин; незадоволеність собою; "загнаність у кут"; тривога і депресія);
2) "Резистенція" (неадекватне вибіркове емоційне реагування; емоційно-моральна дезорієнтація; розширення сфери економії емоцій; редукція професійних обов'язків);
3) "Виснаження" (емоційний дефіцит; емоційне відчуження; особистісне відчуження (деперсоналізація); психосоматичні та психовегетативні порушення).

В дослідженні взяли участь 39 медичних працівників, середній вік яких 34 роки. Серед досліджуваних 27 жінок и 12 чоловіків.

Результати дослідження спочатку піддавалися первинному аналізу на основі таблиць емпіричних даних. Кількісний аналіз результатів дослідження був реалізований з використанням методів математичної статистики. Надалі був здійснений якісний аналіз і інтерпретація емпіричного матеріалу.

За методикою В. В. Бойко нами було виявлено, що компоненти професійного вигорання наявні в більшості досліджуваних (53,84 %), тоді як у 46,16 % вони не були визначені. Домінуючим компонентом у синдромі "професійного вигорання" досліджуваних медиків виявилася "резистенція", котра характеризується згортанням професійних обов'язків, прагненням якомога менше часу витрачати на виконання завдань згідно посади, зменшенням взаємодії з колегами та пацієнтами, розширенням сфери економії емоцій, бажанням побути на самоті, неадекватним емоційним реагуванням тощо (таблиця 1).

Таблиця 1

Компоненти професійного вигорання у медиків (за методикою В. В. Бойко)

Компонент	Кількість досліджуваних	
	абс. число	%
Напруженість	3	7,69
Резистенція	10	25,64
Виснаження	8	20,51
Компоненту не виявлено	18	46,16
Всього	39	100

Поглиблений аналіз проявів синдрому професійного вигорання в досліджуваних медичних працівників дозволив встановити зв'язок між вигоран-

ням та статтю, віком та стажем роботи в медичних установах. Було виявлено, що жінки у стресовій ситуації більше схильні до "емоційного відчуження" та до "психосоматичних порушень", в той час коли у чоловіків вигорання розгортається через усі симптоми "резистенції" (таблиця 2).

В результаті проведеного дослідження професійного вигоранняв медичних працівників, нами було встановлено:

- наявність високого загального показника професійного вигорання у працівників медичної сфери;
- залежність симптомів професійного вигорання медичних працівників від віку, статі, стажу та інших особливостей досліджуваних;
- найбільш поширеними симптомами професійного вигорання в медичних працівників є: емоційно-моральна дезорієнтація, редукція професійних обов'язків, розширення сфери економії емоцій та емоційний дефіцит.

Таблиця 2

Прояви професійного вигорання у медиків (за методикою В. В. Бойко)

№ пор.	Симптом професійного вигорання	Кількість мед. працівників, у яких було виявлено даний симптом	
		абс. число	%
1	Переживання психотравмуючих обставин	2	5,13
2	Незадоволеність собою	4	10,26
3	Загнаність у кут	3	7,69
4	Тревога та депресія	5	12,82
5	Неадекватне вибіркове емоційне реагування	5	7,69
6	Емоційно-моральна дезорієнтація	13	33,33
7	Розширення сфери економії емоцій	10	25,64
8	Редукція професійних обов'язків	12	30,77
9	Емоційний дефіцит	10	25,64
10	Емоційне відчуження	9	23,08
11	Особистісне відчуження (деперсоналізація)	9	23,08
12	Психосоматичні та психовегетативні порушення	5	12,82

Психодіагностичне дослідження за методикою В. В. Бойко дозволяє виявити працівників з вигоранням, після чого стає можливим проводити корекційну роботу з впливом на мотиваційну і емоційну сфери, спрямовану на формування індивідуального стилю діяльності, переосмислення цінностей. Потрібно створювати практичні рекомендації, призначені для працівників медичних установ. Знання особливостей розвитку та проявів синдрому вигорання, розробка нових засобів профілактичного та регулятивно-корекційного напрямів в сучасних умовах суспільного життя надає можливість підвищення ефективності діяльності медичних працівників та успішності медичної допомоги.

Л. В. ПОЛЯКОВСЬКА
студент VI курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП"
Науковий керівник: д-р. мед. наук, доцент Н. В. Коляденко

ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ В ПЕДАГОГІВ-ДЕФЕКТОЛОГІВ

Останнім часом все більш гостро постає питання професійного стресу і його наслідків. За даними ВООЗ, більше чверті працівників відчувають на собі його прояви. Швидкі темпи науково-технічного прогресу, високі вимоги до працівника, що перевищують особистісні ресурси, призводять до поступового зниження емоційної, когнітивної та фізичної енергій і, як наслідок, до емоційного виснаження, професійного вигорання, від якого в Україні, за даними джерел наукової літератури, страждає більше половини працюючого населення.

Вперше термін "емоційне вигорання" (*burnout*) був використаний американським лікарем-психіатром H. J. Freudenberger в 1974 році. Емоційне вигорання було описано ним як виснаження, що настало внаслідок надмірно завищених вимог до власних ресурсів та сил. Пізніше такий стан він назвав "хворобою надуспіху".

За визначенням ВООЗ, синдром емоційного вигорання — це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, яке характерізується порушенням продуктивності в роботі, втомою, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань. Найбільша частка цих захворювань припадає на хвороби серцево-судинної системи, які в останні 15 років, за даним ВООЗ, посідають перше місце з причин смертності в світі. Важливість проблеми емоційного вигорання обумовлює актуальність теми даного дослідження.

Мета дослідження — теоретично проаналізувати та практично дослідити фактори, що зумовлюють формування професійного вигорання педагогів-дефектологів, та розробити відповідні методи профілактики і психокорекції.

Методологія даного дослідження базується на розумінні людини як цілісної біопсихосоціальної істоти.

За даними теоретичних джерел, професійне вигорання найбільш поширене в сфері "людина–людина", де працівник протягом робочого дня має безліч контактів та взаємодій з людьми, і як наслідок — емоційну перенасиченість та психологічне перенавантаження. За статистичними даними, найбільше вигорання спостерігається серед представників тих професій, у яких працівник щодня стикається з людськими стражданнями, складними життєвими ситуаціями, а також відчуваєнадмірне навантаження напружених міжособистісних відносин, а саме в педагогів (більше 60 %), медичних працівників

(насамперед медсестер, лікарів-психіатрів, наркологів, психотерапевтів), психологів, соціальних працівників.

Серед особистісних особливостей, що сприяють "вигоранню" Х. Фрейденбергер виокремив: емпатію, гуманність, м'якість, захоплюванність, схильність до ідеалізації, інтровертованість, фанатичність. Сьогодні цей список доповнюють: емоційна лабільність; високий самоконтроль, особливо при вольовому пригніченні негативних емоцій; схильність до підвищеної тривожності та депресивних реакцій, пов'язаних з недосяжністю "внутрішнього стандарту" та блокуванням в собі негативних переживань; ригідність.

Синдром професійного вигорання в основному розглядається як наслідок виробничіх стресів, як процес дезадаптації до робочого місця або професійних вимог, а також як результат довготривалого та непомірного навантаження в ситуаціях міжособистісних комунікацій. Х. Фрейденбергер та Г. Річелсон описували "вигорання" як виснаження яке виникає на шляху до досягнення нереальних цілей, що покладає суспільство на професіонала. В результаті "вигорання" людина втрачає психічну енергію, в неї з'являються психосоматичні розлади, емоційне виснаження, проявляється немотивована тривожність, роздратованність, втрачається усвідомлення значущості та сенсу виконуваної професійної діяльності, виникає професійна деформація особистості, втрачається відчуття радості життя.

Для вивчення особливостей професійного вигорання педагогів-дефектологів рандомізованим чином було сформовано групу досліджуваних на базі спеціальної загальноосвітньої школи "Надія" для дітей з вадами фізичного та розумового розвитку, яка розташована в Солом'янському районі м. Київ. В групу досліджуваних увійшли 39 педагогів-дефектологів, переважно жінки, з різним педагогічним стажем, середній вік яких складає приблизно 45 років. Для нашого дослідження були підібрані наступні психодіагностичні методики: діагностика професійного "вигорання" (К. Маслач, С. Джексон в адаптації Н. Водопьянової); методика діагностики рівня емпатійних здібностей (В. В. Бойко); тест "самооцінка психічних станів" за Г. Айзенком; шкала психологічного стресуPSM-25 (Лемур, Тесьє, Філліон); Торонтська алекситимічна шкала; тест на саморозвиток- діагностика реалізації потреби в саморозвитку.

При дослідженні рівня професійного вигорання за методикою К. Маслач, С. Джексон було виявлено ознаки професійного вигорання різного ступеня в більше ніж у половини досліджуваних педагогів-дефектологів. Взаємозв'язок між віком і "вигоранням", педагогічним стажем та "вигоранням" майже відсутній, статистистично не значимий. Цікаво, що рівень емпатійних здібностей дуже слабо пов'язаний з професійним "вигоранням" у педагогів-дефектологів: зв'язок слабкий і прямий, статистично не значимий. В той же час, було встановлено, що найбільше "вигорання" корелює зі стресом. Таким чином, вочевидь стрес відіграє значну роль у формуванні професійного "вигорання". Цей результат нашого дослідження є особливо цікавим тому, що в процесі аналізу джерел наукової літератури виявлено розбіжності в погля-

дах різних науковців щодо ролі стресу в розвитку синдрому професійного "вигорання". Одні з дослідників вважають, що "вигорання" відповідає третій стадії стресу (дістрес) за Г. Селье, що проявляється в емоційному, фізичному та психічному виснаженні; появі психосоматичних розладів. Інші науковці розуміють стрес як один із найбільш вагомих факторів, що зумовлюють формування синдрому професійного "вигорання". В нашому досліджені ми виявили взаємозв'язки, які дають підгрунтя припускати, що людина, яка довгий час піддається впливу специфічного (а саме виробничого) виду стресу в поєднанні з внутрішніми чинниками, такими як ригідність та відсутність прагнення до задоволення потреби в саморозвитку, в результаті "вигорає".

Також у досліджуваних педагогів-дефектологів виявлено зв'язок стресу з психосоматичними розладами, фрустрацією, тривожністю, агресивністю. Так як стрес є основним фактором впливу, то "вигорання", таким чином опосередковано корелює з психосоматичними проявами та всіма перелічними вище елементами. Також був зафіксований прямий кореляційний зв'язок "вигорання" з ригідністю та зворотній кореляційний зв'язок з "реалізацією потреби в саморозвитку" в той час коли зі стресом ці компоненти в першому випадку слабо пов'язані, в другому — зв'язок відсутній взагалі. Отже, з цього виходить, що на процес "вигорання" впливає поєднання зовнішніх та внутрішніх факторів — з одного боку довготривалий виробничій стрес, з іншого ригідність та відсутність реалізації потреби в саморозвитку. Хоча дана модель дещо співпадає з баченням науковців, які розглядають професійне вигорання як процес та результат багатофакторних впливів, де стрес є хоч і основним, але не єдиним компонентом, вона не заперечує, і, навіть, може бути логічно пояснена в рамках бачення "вигорання" як третьої стадії стресу за Г. Сельє. Отже, після першої стадії, яка виникає як реакція на пред'явлені нові вимоги до організму, і характеризується мобілізацією всіх сил організму, наступає друга стадія, яка називається "резистентність". Саме в цій стадії проходить адаптація організму до нових умов. Людина шукає нові шляхи і, за сприятливих умов, пристосовується до змін, адаптація завершується, знижується напруженість механізмів центральної нервової системи і гомеостатичних констант, людина повертається до звичайного життя. Це адаптивна фізіологічно нормальна частина стресу. В цій стадії стрес — це нормальне явище в здоровому організмі, захісний механізм біологічної системи. Але, якщо організм за якихось умов не зміг пристосуватися, адаптація не завершена — організм починає виснажуватися, наступає третя, заключна стадія — виснаження. Тобто, поєднання, з одної сторони, стресу, який вимагає змін, пристосування, а з іншої сторони — ригідності (складності або нездатності людини до зміни дій в певних обставинах) та відсутності саморозвитку (що в основі пов'язано з ригідністю), унеможливлює успішне завершення адаптації, і в результаті настає виснаження — патологічна стадія стресу. В цій стадії знижується працездатність, найбільш сильно страждає імунна система, виникають психосоматичні хвороби, порушення фізичного і психічного здоров'я.

Обидві зазначені моделі вписуються в рамки нашого дослідження і передають фактично одну й ту саму суть. Це здебільшого, мабуть, питання термінології. Зручніше для швидкої диференціації стресових станів вживання терміну "Синдром (професійного) Емоційного Вигорання" (СЕВ) — зразу зрозуміло, про який саме стрес йдеться.

Не може не звернути на себе увагу і той факт, що емпатійність, як показали результати наших досліджень, дуже слабо корелює з СЕВ та "рівнем стресу", а також цікаво, що не виявлений взаємозв'язок між алекситимією та "вигоранням", а зі стресом її зв'язок слабкий, прямий, статистично не значимий. Таким чином результати нашого дослідження не підтвердили, у всякому разі стосовно педагогів-дефектологів, дані теоретичних джерел, де багато науковців пов'язують такий високий відсоток "вигорання" саме в сфері "людина–людина" зі специфікою професійної діяльності, в якій ключовим компонентом є емпатійність.

Таким чином, ми теоретично проаналізували та емпірично дослідили фактори, що сприяють розвитку синдрому професійного або емоційного "вигорання" (СЕВ) у педагогів-дефектологів та з'ясували, що основний фактор — це довготривалий вплив виробничого стресу, який, якщо поєднується з ригідністю та відсутністю реалізації потреби в саморозвитку, формує СЕВ.

На основі отриманих результатів ми розробили профілактично-психокорекційну програму, мета якої — зменшити негативний вплив факторів, що сприяють розвитку СЕВ, а також сформувати нові навички та моделі поведінки, що допоможуть мінімізувати рівень напруги та сприятимуть особистісному розвитку. Наша програма, в яку включено техніки арт-терапії, когнітивно-поведінкової терапії, елементи символдрами, психодрами, гештальту, сприяє нейтралізації надцінного відношення до психотравмуючих впливів та спрямована на розвиток афективної та когнітивної пластичності, а також формування стресостійкості. Всі використані методики показали свою валідність у вивченні даної тематики та можуть бути рекомедовані психологам та психотерапевтам, які працюють з СЕВ.

Д. Р. ПОСІВНИЧА
студент ІІІ курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП"
Науковий керівник: канд. психол. наук О. Л. Шопша

ОСОБЛИВОСТІ ЛОКУСУ КОНТРОЛЮ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

Сучасна людина повинна уміти ухвалювати рішення, нести заних відповідальність, володіти активністю, цілеспрямованістю, уміти долативнутрішні і зовнішні бар'єри, що заважають досягненню мети, тобто у сучасноїмолодої людини повинні бути сформовані якості особистості, що дозволяють їйбути успішною. Не останню роль у вирішенні таких проблем набуває дослідження такого фундаментального утворення особистості як локус контролю. Відношення людини до своєї діяльності та умов праці, відповідальність, мають значний вплив на її успішність та ефективність її організації. Мета дослідження — проаналізувати особливості локусу контролю у юнацькому віці та виявити схильність студентів до певного типу локусу контролю.

Локус контролю — це характеристика вольової сфери людини, яка відображає її схильність приписувати відповідальність за результати своєї діяльності зовнішнім силам (екстернальний локус контролю) або власним здібностям і зусиллям (інтернальний локус контролю). Тобто, можливі два полярні типи особистостей залежно від локалізації контролю. Будь-якій людині властива певна позиція на континуумі від екстернального до інтернального типу.

Локус контролю, характерний для людини, є універсальним стосовно будь-яких типів подій і ситуацій, з якими їй доводиться стикатися. Один і той же тип контролю проявляється як у разі невдач, так і в разі успіхів, причому це спостерігається в різних сферах життєдіяльності суб'єкта.

Особливо актуальним є дослідження проблеми відповідальності, ініціативності, активної позиції в юнацькому віці, коли відбувається професійне самовизначення особистості, формування її моральних орієнтирів та вдосконалення вольової саморегуляції. Локус контролю є надзвичайно важливою характеристикою особистості в цьому віці, а його рівень має вплив на здійснення молодою людиною різних дій в процесі життєдіяльності, на їх успішність та ефективність. Науковці відмічають, що зараз спостерігається підвищений інтерес до проблем результативності діяльності та відповідальності у сфері навчання, оскільки ринок праці пред'являє до тих, хто навчається, високі вимоги, пов'язані з відповідальністю, активністю, самостійністю в прийнятті рішень. Те, як студент буде підходити до рішення навчальних і побутових задач залежить від його локусу контролю. Особистість з інтернальним локусом контролю здатна самостійно приймати рішення і нести за них

відповідальність, що сприяє більш успішній її самореалізації та успіху у діяльності.

Поняття локусу контролю було введено Дж. Роттером в 1966 році. За Дж. Роттером, локус контролю — узагальнені очікування людини щодо того, якою мірою підкріплення залежать від його власної поведінки (інтернальний локус), а в якій — контролюються силами ззовні (екстернальний локус контролю). З точки зору Дж. Роттера, підкріплення не друкує автоматично зразки поведінки, але поведінка формується завдяки здатності людей бачити причинний зв'язок між своїми діями і появою підкріплень. Люди намагаються досягти своїх цілей, тому що мають узагальнене очікування, що такі старання будуть мати успіх. Люди, яким властиво вірити в те, що вони можуть керувати своєю долею (мають інтернальний локус контролю), у багатьох (але не у всіх) ситуаціях ведуть себе інакше, ніж люди з екстернальним локусом, зазвичай вважають, що їхня доля залежить від удачі, випадку або можновладців.

Для емпіричного дослідження була підібрана методика, яка спрямована на визначення рівня суб'єктивного контролю, а саме тест-опитувальник, розроблений Є. Ф. Бажиним та ін. на основі шкали локусу контролю Дж. Роттера, який спрямований на визначення схильності особистості до переважання певного типу локусу суб'єктивного контролю.

Дослідженні проводилося на базі Навчально-наукового інституту соціальних і культурних зв'язків ПРАТ ВНЗ МАУП, в якому брали участь студенти-першокурсники психологічного напрямку віком 17–19 років, загальна кількість досліджуваних 19 осіб, із яких 8 дівчат та 11 хлопців. Дослідження проводилося в березні 2016 року.

Виходячи з мети і завдань дослідження, в роботі була використана методика, спрямована на визначення локалізації контролю вольового зусилля.

Емпіричним шляхом виявлено, що у більшості першокурсників був інтернальний рівень локусу контролю, який свідчить про те що такі люди вважають відповідальними за результати своєї діяльності тільки самих себе. Висока інтернальність свідчить про достатній рівень пристосування. Людина усвідомлює, що її життя залежить від неї самої, вона має можливість змінювати середовище і керувати ним. Таким студентам притаманне адекватне сприйняття навколишнього світу і легка адаптація в соціумі, здатність краще зосереджуватися на поставлених питаннях. Такі студенти, на нашу думку, будуть відповідально ставиться до навчання, бо вважають, що саме від нього залежить його результат.

У невеликої частини студентів, причому в хлопців, виявлений екстернальний рівень контролю, а отже відповідальність за свою діяльність вони приписують зовнішнім силам. Екстернали не покладаються на свої сили, намагаються тільки поверхово доторкатися до поставлення їм певних завдань, задач. Вони не намагаться заглибитися в проблему, тому що думають що це не важливо і можливо їм, що це не знадобиться в подальшому навчанні. Ці студенти в навчальній діяльності пасивні, не проявляють активності, сподіва-

ються на випадок. Екстернали не намагаються досконало вирішити питання поставлені викладачами. В спілкуванні з одногрупниками намагатимуться знайти вигоду для себе, спілкуватимуться з потрібними на їх думку людьми.

Також встановлено, що переважна більшість студентів-першокурсників має середній рівень інтернальності, а отже їх можна віднести до "змішаного типу", у них особливості суб'єктивного контролю можуть дещо змінюватися залежно від ситуації. Такі студенти, на нашу думку, відрізняються більшою гнучкістю, вони здатні брати відповідальність на себе різних ситуаціях життєдіяльності, проте при цьому вони розуміють, що не все у житті залежить тільки від їх власних сил, що оберігає їх від емоційних зривів при порушенні їх планів у складних ситуаціях.

У майже 20 % досліджуваних студентів був виявлений високий рівень інтернальності, який відповідає високому рівню суб'єктивного контролю над будь-якими значущими подіями, а отже, для них властива емоційна стабільність, наполегливість, рішучість, комунікабельність, значний самоконтроль і стриманість, що, на нашу думку, сприятиме покращенню результатів їх навчальної діяльності. Вони здатні до самостійного освоєння навіть складних завдань, наполегливі, дуже відповідальні.

Жоден першокурсник не показав низький рівень інтернальності, що свідчить про те, що серед цих студентів відсутні дуже емоційно нестійкі, схильні до неформального спілкування і поведінки, слабкокомунікабельні особи.

Таким чином, концепція локусу контролю є перспективним напрямком психології особистості. Незважаючи на те, що дихотомія "экстернальность-інтернальність" інтерпретується по-різному, часом в рамках взаємовиключних теорій, ясно, що локус контролю особистості є її важливою інтегральною характеристикою, показником взаємозв'язку між ставленням людини до самої себе і до навколишнього світу.

В. А. САВИЦЬКА
студент факультету соціально-економічної освіти та управління
НПУ імені М. П. Драгоманова
Науковий керівник: канд. психол. наук, доцент Г. А. Дьоміна

ПСИХОЛОГІЯ КОНФЛІКТУ ТА ДИНАМІКА КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЙ: ПОЗИТИВНИЙ ВПЛИВ У ПОВСЯКДЕННОМУ ЖИТТІ

Учасники буденного життя та ситуацій — різні, кожен зі своїм характером та особливостями, люди, а де присутній людський фактор, там неминуче матимуть місце емоції. Емоції — антураж буденності і вони можуть бути як позитивними, так і негативними.Люди часто піддаються емоціям, тим самим несуть руйнівну силу на свою буденність та конкретну ситуацію, що стає епіцентром виникнення конфлікту. Тому актуальною вбачається проблема, як зробити, щоб конфлікти позитивно впливали на наше життя, а не навпаки. Адже конфлікти, яким передують конфліктні ситуації, будуть існувати завжди, адже людський фактор завжди залишається незмінним учасником у цій протидії.

Отже, метою даної роботи є розгляд, на основі аналізу джерел наукової літератури, питання психології конфліктів і динаміки конфліктних ситуацій.

Будь-який конфлікт виникає не раптово. Йому передує конфліктна ситуація, тобто, приховані чи відкриті соціально-психологічні процеси між особистостями або у свідомості окремої особистості чи якоїсь групи. Л. В. Долинська підкреслює, що конфліктна ситуація — це суперечності, що накопичилися, пов'язані з діяльністю суб'єктів соціальної взаємодії, які створюють підґрунтя для реального протиборства між ними.Досить часто суперечностями, що спричиняють конфлікті ситуації, виступають такі фактори як настрій, суб'єктивні погляди людини на ту чи іншу ситуацію, або ж просте небажання чути інших.

Беручи до уваги етимологію слова "конфлікт", то воно походить від латинського "conflictus" — зіткнення протилежно спрямованих цілей, інтересів, позицій або поглядів опонентів чи суб'єктів взаємодії.

Психологічний тлумачний словник визначає поняття конфлікт як "протиріччя, що важко вирішити, пов'язане з гострими емоційними переживаннями". Емоційні переживання — це те, що управляє людиною, починає виводити її з зони комфорту та провокує на необдумані дії, що нерідко призводять до створення конфлікту з тими чи іншими наслідками. Конфлікти можуть бути внутрішньо-особистісні, міжособистісні та групові, в залежності від кількості учасників та соціальних умов, де саме відбувається взаємодія.

Аналіз теоретичних джерел показав, що єдиного визначення поняття "конфлікт" не існує. Так, А. Я. Анцупов і А. І. Шипілов під конфліктом розуміють найбільш гострий спосіб вирішення значущих протиріч, які виникають у процесі взаємодії і полягають у протидії суб'єктів конфлікту, що супроводжується негативними емоціями та переживаннями. В. І. Хасанпропонує таке визначення даного поняття: "Конфлікт — це така характеристика взаємодії, вякій дії, що не можуть існувати в незмінному виді, взаємо замінюють одна одну, потребуючи для цього спеціальної організації". Якщо уважно проаналізувати вищенаведені визначення, то можна помітити, що спільним для дослідників є внесення в пояснення конфлікту таких понять як "протиріччя", "взаємодія", "дії", "емоції". Ці поняття об'єднує те, що носієм та провокатором існування цих термінів є людина. Вона і творець, і учасник і ліквідатор конфлікту.

З психологічної точки зору, конфлікти — це природні закономірні процеси в життєдіяльності людей і організацій, які є неминучими умовами їх розвитку. Звичайно, тут ідеться про конструктивні конфлікти на відміну від деструктивних, котрі гальмують розвиток. Конфлікт є рушійною силою розвитку людських взаємовідносин, технічного процесу та особистості кожного, адже саме під час вирішення конфлікту чи переживання його в людини активізуються всі розумові можливості, мозок працює активніше та продуктивно аналізує наявну ситуацію та чинники, що налаштовує особу на вирішення ситуації та найшвидше повернення себе до зони комфорту.

Як зазначає Л. В. Долинська, під динамікою конфлікту розуміють раптову чи поступову зміну стосунків між учасниками взаємодії, яка залежить від специфіки їхніх міжособистісних стосунків, характерологічних особливостей, значущості визначених ними цілей з урахуванням факторів дійсності, які на них впливають. Вона також вказує, що динаміка конфлікту загалом передбачає такі фази (стадії):

1) виникнення конфліктної ситуації;
2) усвідомлення об'єктивної конфліктної ситуації;
3) інцидент, привід;
4) настання конфлікту;
5) розв'язання конфлікту.

Конфлікт не може виникнути раптово, без існування будь-якого із його компонентів. Завжди є щось, що буде передувати його виникненню, наприклад, соціально-психологічні процеси між особистостями (відкриті чиприховані), або в свідомості групи чи взагалі окремої особи. Це і є конфліктна ситуація, що передує появі конфлікту.

В конкретній ситуації, важливу роль відіграє неврівноваженість внутрішньої психологічної структури особистості, що може виражатися впідвищеній дратівливості, негативній реакції на людей, слова, предмети, явища тощо. Тобто, людина, часто того не розуміючи, стає творцем, провокатором тієї чи іншої конфліктної ситуації.

На нашу думку, якби люди завжди починали, впершу чергу, з себе вирішувати конфлікти, чи будь-які інші ситуації, то якість вирішення цих ситуацій

та наслідки були б значно більш конструктивними, а не навпаки. Емоції та власне "Его" не дозволяють широко дивитися на конфлікт, а передують лише швидким суб'єктивним діям, які часто не несуть позитивного впливу на ситуацію.

Насправді, справляють позитивне враження люди, які вважають конфлікти "важелем" особистісного розвитку, адже саме вони активізують людину на зміни. Якщо вже виникає конфлікт — міжособистісний, міжгруповий, та навіть внутрішньоособистісний, — то це означає, що настав той "пік", коли необхідно діяти та думати. Якщо робити правильні висновки з конфліктів, то вони не такі вже й негативні, важливим є особисте відношення до ситуацій, в яких мають місце конфліктуючі елементи.

І. В. СЕРЕБРЯННІКОВА
студент V курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП"
Науковий керівник: д-р мед. наук, доцент Н. В. Коляденко

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ І ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Визначення ролі емоційного фактору у виникненні та прогресуванні соматичних розладів, а також протилежний процес — виникнення розладів психоемоційної сфери як відповідь на гостре чи хронічне захворювання внутрішніх органів, набуває особливої важливості на сучасному етапі, коли відбувається збільшення частоти різних психічних розладів як в усьому світі, так і в Україні. На сучасному етапі розвитку науки значно зріс інтерес до психічного та психологічного стану хворих, які страждають на різні соматичні захворювання. Ці захворювання з об'єктивних чи суб'єктивних причин змінюють рівень психічних можливостей діяльності людини, обмежують коло контактів з оточуючими і тим самим змінюють її "внутрішню позицію" по відношенню до всіх обставин життя. За сучасними уявленнями, розподіл хвороб на соматичні, психічні, психосоматичні і соматопсихічні є умовним. При будь-якому з названих розладів відбувається порушення діяльності організму людини по типу своєрідного "хибного кола" та множинні зміни на всіх етапах розвитку хвороби.

Захворювання серцево-судинної системи залишаються актуальною проблемою медицини у зв'язку із значною поширеністю та смертністю, які, незважаючи на значні зусилля лікарів із профілактики та лікування, продовжують залишатися високими. Серед захворювань серцево-судинної системи найбільшу увагу до себе привертають гіпертонічна хвороба та ішемічна хвороба серця, оскільки поширеність та пов'язані з ними ускладнення складають левову частку у структурі інвалідності та смертності.

Враховуючи вищезазначене, велику увагу потрібно надавати виявленню, своєчасному попередженню та адекватному лікуванню психосоматичних розладів, у тому числі визначенню їх психологічних особливостей, що може бути значущим у профілактиці розвитку та прогресування захворювань серцево-судинної системи.

Мета роботи — дослідити когнітивні порушення та визначити якість життя хворих на гіпертонічну хворобу та ішемічну хворобу серця.

Для дослідження когнітивних функцій, застосували методики Міні-Ког (Mini-Cog), FAB ("Батарея лобової дисфункції", англ. Frontal Assessment Batter), MMSE (Mini-Mental Status Examination). Якість життя оцінювали за допомогою опитувальника ВООЗЯЖ-100.

Дослідження проводилося на базі кардіологічного відділення Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 2 філії "Центр охорони здоров'я" ПАТ "Укрзалізниця". Рандомізованим чином було сформовано 2 досліджувані групи пацієнтів. Першу групу дослідження склали 35 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) та ішемічну хворобу серця (ІХС), до другої групи увійшли 24 хворих на гіпертонічну хворобу. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб, також відібраних шляхом рандомізації. Групи досліджуваних були співставні за статево-віковим складом, рівнем освіти, місцем та матеріально-побутовими умовами проживання.

Методика Міні-Ког — завдання на пам'ять (запам'ятовування та відтворення) та тест малювання годинника. Про наявність когнітивних порушень свідчить нездатність згадати після підказки хоча б одне слово чи помилки при малюванні годинника. Виконання тесту займає не більше 3–5 хв. Інтерпретація результатів тесту також вкрай проста: якщо пацієнт не може відтворити хоча б одне з трьох слів або допускає суттєві помилки при малюванні годинника, з високим ступенем ймовірності можна говорити про те, що він має порушення когнітивних функцій. Результати тесту оцінюються лише якісно (є когнітивні порушення чи їх нема), за 10-бальною шкалою, де 10 балів — норма (намальований круг, цифри в правильних місцях, стрілки показують заданий час). Якщо результат менше 9 балів, слід говорити про наявність виражених порушень пам'яті. У нашому дослідженні когнітивні порушення виявлено у 75,9 % опитаних хворих обох груп, причому у 6,4 % вони досягали рівня деменції. Легкі розлади когнітивної функції спостерігали — у 51,4 % хворих першої групи (поєднання ГХ та ІХС) та 58,3 % хворих другої групи (ГХ). Легкі дисфункції когнітивних процесів описувалися самими хворими як "труднощі зосередження", "сповільненість реакції", "втомлюваність" тощо. У структурі розумових розладів переважали виснажуваність розумової діяльності, зниження продуктивності розумових операцій до повного розпаду функцій узагальнення, аналізу, синтезу, порівняння, зниження швидкісних характеристик. Помірні когнітивні порушення спостерігалися у 37,14 % пацієнтів першої та 41,7 % пацієнтів другої груп. Виявлені порушення у різних формах пізнавальної діяльності — зорово-просторова орієнтація, узагальнення, пам'ять, копіювання геометричних фігур, виконання інструкції, письмо, увага і рахування. В той самий час, такі когнітивні функції як повторення, орієнтування в часі і місті, називання предметів, хапальні рефлекси майже у всіх пацієнтів знаходились у межах норми.

Методика "Батарея лобової дисфункції" призначена для виявлення деменції з переважним ураженням лобових долей або підкіркових утворень мозку. 16–18 балів відповідають нормальній лобовій функції. Батарея лобової дисфункції нижче 11 балів підтверджує наявність лобової деменції. Середній результат в нашому дослідженні становив 14,53 бали для хворих першої групи та 15,11 для хворих другої групи, що відповідає значенням помірної лобової дисфункції.

Методика MMSE. Максимальний показник у цьому тесті 30 балів, що відповідає найвищим когнітивним здібностям. Чим менше результат тесту, тим більш виражений когнітивний дефіцит: 28–30 балів свідчить про відсутність когнітивного дефіциту, 24–27 балів – помірні когнітивні порушення, 20–23 балів — деменція легкого ступеня вираженості, 11–19 балів відповідає деменції помірного ступеня вираженості, 0–10 балів — важка деменція. За шкалою MMSE, у досліджуваних хворих відзначено зменшення об'ємів вербальної пам'яті та рахункових операцій, порушення в сфері уваги, ознаки дисфункції лобних часток (імпульсивність, некритичність). Порушення пам'яті у обстежених хворих поєднувалось з іншими когнітивними розладами — дефектами стійкості і переключення уваги, порушенням критики, поведінки. У першу чергу страждала короткочасна пам'ять, зменшувався її об'єм, виявлялося підвищення гальмування слідів короткочасної пам'яті. Середні значення шкали короткого дослідження психічного стану MMSE становили 24,23 ± 3,02 балів, що свідчить про поширеність легких когнітивних порушень у обстежених пацієнтів. Слід зазначити, що серед представників чоловічої статі частіше зустрічалися легкі когнітивні порушення (47,37 %), ніж помірні (15,79 %), тоді як у жінок превалювали помірні розлади когнітивної функціїї (27,27 % проти 45,45 %). За результатами нашого дослідження деменція спостерігалася частіше у жінок (18,18 %), ніж у чоловіків (10,53 %) .

Опитувальник якості життя ВООЗЯЖ-100 — багатовимірний інструмент, що дозволяє отримати як оцінку якості життя респондента в цілому, так і зробити приватні оцінки по окремих сферах і субсферах його життя. За допомогою опитувальника здійснювали оцінку шести великих сфер ЯЖ: фізичні функції, психологічні функції, рівень незалежності, соціальні відносини, навколишнє середовище та духовна сфера, а також безпосередньо вимірюємо сприйняття респондентом своєї якості життя і здоров'я в цілому. При аналізі даних показників якості життя виявилося, що у хворих першої та другої груп дослідження загальний показник якості життя, показники фізичної сфери, рівня незалежності, соціальних взаємовідносин достовірно істотно нижчі за показники контрольної групи. Виявлений позитивний кореляційний зв'язок між показниками ЯЖ та важкістю захворювання та його психологічним сприйняттям (внутрішньою картиною хвороби).

У досліджуваних основних груп, на відміну від контрольної, виявлено істотні порушення рівня незалежності, який відображається можливістю автономно існувати, забезпечувати та обслуговувати себе та визначається збереженням здатності самостійно пересуватися, справлятися з повсякденними справами і роботою, не залежати при цьому від прийому медикаментів та інших видів лікування. Порушення соціального функціонування, яке включає в себе близькі особистісні стосунки людини, можливість надавати підтримку іншим людям та отримувати взаємність від них, задоволення сексуальних потреб, було виявлене в респондентів обох основних груп дослідження, з тенденцією до більшого вираження у хворих першої групи.

У хворих обох основних груп дослідження спостерігалися порушення сну та відпочинку, пізнавальних функцій, можливостей для набуття нової інформації і навичок, сексуальної активності, зниження самооцінки, працездатності, можливостей для відпочинку і розваг, соціальної підтримки, зменшення ваги особистих переконань у розумінні життєвих труднощів. Усі хворі відзначали недостаній рівень медичної та соціальної допомоги. Погіршення ЯЖ, спричинене сполученням ГХ та ІХС, виражалося в порушенні здатності виконувати повсякденні справи, у нестачі позитивних відчуттів, відсутності задоволеності своїм зовнішнім виглядом, у зниженні сексуальної активності, порушенні здатності брати участь у проведенні дозвілля, розваг та відпочинку, важкості отримання необхідної медичної та соціальної допомоги, і, як наслідок, порушенні загальної ЯЖ і стану здоров'я.

При психокорекції хворих на гіпертонічну хворобу та ішемічну хворобу серця необхідно пам'ятати не тільки про психологічні особливості пацієнтів, але й враховувати загальний стан здоров'я на данний момент. Дуже обережно слід включати в заняття фізичні вправи, ігрові завдання, не перевантажувати когнітивну сферу, не завдавати зайвих стресів та нервувань.

До найбільш поширених методик психокорекції при ГХ та ІХС слід віднести психорелаксаційну терапію, в основі якої лежить використання різних психологічних прийомів для досягнення розслаблення (релаксації). Впровадження програми психокорекції в реабілітаційний процес дозволяє зробити його більш ефективним, позитивно впливає на фізичне функціонування хворих, рівень незалежності. Включення психологічного блоку в профілактичні програми сприяє формуванню більш усвідомленого ставлення пацієнтів до рекомендацій лікаря, підвищенню терапевтичної мотивації, створення позитивної установки на лікування, а також свідчить про загальний позитивний вплив психокорекції на якість життя хворих з максимальним позитивним зрушенням даних психологічної сфери і сфери соціальних відносин. Орієнтація на психосоціальну складову якості житті хворих при реалізації психокорекційних програм дозволяє домогтися оптимізації показників якості життя і психологічного здоров'я.

Л. В. СІБІР
студент V курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП"
Науковий керівник: д-р мед. наук, доцент Н. В. Коляденко

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

Останнім часом Україна, як член міжнародної спільноти, переходить до нової світоглядної парадигми, а саме "Єдине суспільство, яке включає людей з різноманітними проблемами". Формується нова культурна і освітня норма — повага до людей фізично і психічно хворих, яка закріплена міжнародним законодавством на рівні Організації Об'єднаних Націй.Якщо в процесі інтеграції людина пристосовується до закладу освіти, то при інклюзії, навпаки, освітній заклад створює всі необхідні умови для задоволення індивідуальних потреб людини, її вільного доступу до якісного навчання та виховання. Поступовий перехід системи освіти України від концепції інтегрованої освіти до концепції інклюзивної освіти на всіх рівнях, починаючи з дошкільної і загальноосвітньої, потребує відповідного психологічного супроводу, що обумовлює актуальність теми нашого дослідження.

Мета даної роботи — вивчення медико-психологічного аспекту проблеми інклюзивного навчання шляхом здійснення аналізу зарубіжних та вітчизняних джерел наукової літератури та нормативно-правових документів.

Дана проблема в сучасному світі загострюється тим, що, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), лише 20 % народжених дітей вважаються практично здоровими, інші — або страждають порушеннями психофізичного розвитку, або знаходяться в стані між здоров'ям і хворобою. Тому важливого значення набуває інклюзивне навчання, що передбачає спільне перебування дітей із порушеннями психофізичного розвитку з їх здоровими однолітками.

ЮНЕСКО розглядає інклюзію як підхід, що "динамічно розвивається, полягає в позитивному відношенні до різноманітності учнів і в сприйнятті індивідуальних особливостей не як проблеми, а як можливості для збагачення процесу пізнання". Тому рух у напрямі інклюзії — це не тільки технічна або організаційна зміна, але і своя філософія.

Інклюзія (від *Inclusion* — включення) — процес збільшення ступеня участі всіх громадян у соціальному житті. Це політика й процес, що дає можливість всім дітям брати участь у всіх програмах.

Інклюзивна освіта — це система освітніх послуг, що ґрунтується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права здобувати її за

місцем проживання, що передбачає навчання дитини з особливими освітніми потребами в умовах загальноосвітнього закладу.

У цьому контексті неабиякої уваги заслуговує розгляд положень Саламанкської декларації про принципи, політику й практичну діяльність у сфері освіти осіб з особливими потребами, прийнятої 20 червня 1994 року (м. Саламанке, Іспанія), де, зокрема, наголошується на нагальній необхідності створення спеціальних умов для першочергового включення дітей, котрі мають порушення психофізичного розвитку, до шкіл з інклюзивною орієнтацією.

Державна політика України в сфері освіти осіб з особливими потребами полягає в створенні умов для реалізації їхніх прав на рівний доступ до освіти, розвиток особистих інтелектуальних і професійних можливостей, що забезпечується завдяки включенню їх у загальноосвітній простір спільно з іншими дітьми, починаючи з дошкільного віку.Верховна Рада прийняла проект закону № 6437 від 12.05.2017 р. про внесення змін до закону України "Про освіту" щодо особливостей доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг, що передбачає, зокрема, закріплення права на освіту осіб з особливими освітніми потребами, визначає поняття "особа з особливими освітніми потребами", "інклюзивне навчання", а також регулює можливість особам з особливими освітніми потребами отримати психолого-педагогічну та корекційно-розвиткову допомогу, створити для таких осіб інклюзивні та спеціальні групи (класи) у загальноосвітніх навчальних закладах. Організаційно-правові засади впровадження інклюзивного навчання дітей з особливими потребами визначені постановою Кабінету Міністрів України від 15 серпня 2011 р. № 872 "Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах".

З метою консультативно-методичної допомоги щодо організації навчання дітям з особливими освітніми потребами, в тому числі з аутизмом, та їхнім батькам, наказом МОН України від 23.06.2011 р. № 623/61 удосконалено діяльність психолого-медико-педагогічних консультацій.

Для навчання дітей зі складними вадами розвитку створено новий, альтернативний тип загальноосвітнього навчального закладу – навчально-реабілітаційний центр, діяльність якого врегульована відповідним Положенням, затвердженим наказом МОН України від 16.08.2012 р. № 920. На сьогодні в Україні діє понад 50 таких центрів.

З метою забезпечення міжвідомчої співпраці органів виконавчої влади та громадських організацій щодо забезпечення права на освіту дітей з особливими освітніми потребами, наказом МОН України від 28.05.2013 р. № 621 створено експертно-консультативну раду з питань аутизму, до якої залучені громадські організації, медичні та наукові працівники. В навчальні курси студентів педагогічних факультетів за спеціальністю "Корекційна педагогіка" Інституту корекційної педагогіки та психології Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова введено теми щодо особливостей навчання та виховання дітей з аутизмом. Розроблено навчальну програму "Основи дефектології" для студентів освітньо-кваліфікаційного

рівня "спеціаліст", а для студентів освітньо-кваліфікаційного рівня "бакалавр" — спецкурс "Особливості роботи з дітьми з особливими потребами" (у тому числі з аутизмом).

Інклюзивна форма освіти реалізується, виходячи з принципів спеціальної дидактики, та здійснюється спеціалістом-дефектологом (корекційним педагогом або психологом), який окрім здійснення корекційної, прогностичної, інформаційної, консультативної функцій виконує в моделі роботи з дитиною супровідну функцію (тьютора, адаптера, провідника), а в моделі роботи з учителем класу — супервізора. Інноваційні обов'язки тьютора і супервізора потребують ґрунтовного наукового дослідження, і наразі, відповідно до Державної програми "Інклюзивна освіта", ця робота проводиться в нашій державі за підтримки Всеукраїнського фонду "Крок за кроком". Мета програми — розроблення ефективної інклюзивної моделі, яка б забезпечила успішне навчання дітей з особливими освітніми потребами в умовах загальноосвітньої школи за належної підтримки інших спеціалістів і батьків самих дітей. Ще в 2001 р. МОН України, Інститут спеціальної педагогіки АПН України та Всеукраїнський фонд "Крок за кроком" започаткували науково-педагогічний експеримент "Соціальна адаптація та інтеграція в суспільство дітей з особливостями психофізичного розвитку шляхом організації їх навчання у загальноосвітніх закладах", основна мета якого є розробка і реалізація механізму інтеграції дітей з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітні навчальні заклади, ранньої інтеграції цих дітей в соціальне середовище з урахуванням їхніх типологічних та індивідуальних особливостей. Але остаточно інклюзивна освіта стала підтримуватись законодавчою базою України з 2010 року, коли до Закону України "Про загальну середню освіту" були внесені зміни, згідно з якими загальноосвітні навчальні заклади могли повноправно створювати спеціальні та інклюзивні класи для навчання дітей з особливими потребами.

За рівнями включення дитини в освітній процес умовно виділяють три види інклюзії: точкова, часткова, повна. Точкова інклюзія — дитина включається в колектив однолітків в освітньому закладі короткочасно під час навчання та під час святкових виховних заходів. Часткова інклюзія припускає включення дитини в освітній процес в режимі неповного тижня, коли вона засвоює навчальний матеріал у ході індивідуальних занять, але відвідує уроки образотворчого мистецтва, праці, музики, бере участь у виховних заходах. Варіант повної інклюзії — навчання дитини з обмеженими можливостями зі своїми однолітками самостійно або у супроводі.

Широке впровадження інклюзії передбачає виконання корекційної програми: аби дитина навчалася разом з усіма, але за власною програмою. Справжня інтеграція та інклюзія передбачає обов'язковий психолого-педагогічний супровід дитини фахівцями (корекційний педагог, психолог, лікар, соціальний працівник). Без цієї умови перебування дитини у масовому навчальному закладі набуває стихійності, формальності, яка не лише не приносить користі, а й є шкідливою для дитини, оскільки без одержан-

ня відповідної корекційної допомоги психофізичний розвиток дитини лише ускладнюється.

В передових країнах Західної Європи, починаючи з 70-х років XX ст. відбувалася перебудова спеціальної освіти. Зокрема, інтегроване та інклюзивне навчання дітей з особливостями розвитку визначено як основну форму здобуття освіти неповносправними.

Серед європейський країн Італія посідає чільне місце у впровадженні ідей інтегрованого та інклюзивного навчання, оскільки однією з перших визнала інтегративне та інклюзивне навчання найприйнятнішою для неповносправних дітей формою здобуття освіти. Нині в цій країні понад 90 % дітей з особливостями психофізичного розвитку здобувають освіту в закладах загального типу. В освітніх департаментах провінцій країни функціонують консультативні служби, до складу яких входять різнопрофільні фахівці, адміністратори шкіл, працівники управлінь освіти, представники громадських організацій, за необхідності долучаються спеціалісти служб охорони здоров'я.

В Австрії, проведення експерименту з інтегрованого навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку переконало фахівців, що діти з особливими потребами можуть досягти успіхів не лише перебуваючи в системі спеціальної освіти, й дало поштовх до функціонування в країні 290 інтегрованих класів, 24 взаємодіючих класів, а також запровадження посад спеціальних педагогів (понад 3200 ставок), які працюють шкільними консультантами. Успішність соціальної інтеграції дітей з порушеннями психофізичного розвитку визначається часом і тривалістю їхнього залучення у колективи здорових однолітків; батьки можуть стати партнерами та дієвими помічниками у навчанні дітей з особливостями розвитку, а педагоги спеціальних і масових шкіл, взаємодіючи, підвищують свою педагогічну майстерність.

В Бельгії, дефункціонують 8 типів спеціальних закладів: для дітей з легким ступенем розумової відсталості, з середнім і важким, з емоційно-вольовими порушеннями та розладами поведінки, з фізичними розладами, з порушеннями зору та слуху, із соматичними захворюваннями, з труднощами у навчанні, основними службами підтримки дітей з особливими потребами в умовах сумісного навчання є психолого-медико-соціальні центри, що забезпечують надання спеціальних додаткових послуг учням, які того потребують.

Ситуація в системі освіти Голландії характеризується регіональною різноваріантністю надання освітніх послуг дітям з особливостями психофізичного розвитку. Батькам надається право вибору освітнього закладу для своєї дитини, однак, відбувається це після ретельного обстеження дитини спеціалістами та визначення її соціальних і навчальних потреб. Саме фахівці спеціальних навчальних закладів виступають основними консультантами-помічниками в наданні спеціальної допомоги як учням з особливими потребами, так і вчителям масових шкіл, котрі їх навчають. За наявності у масовій школі значної кількості дітей, які потребують особливої уваги, у штат навчального закладу зараховується спеціальний педагог, який опікується учнями з особливими потребами, надає консультативну допомогу їхнім батькам і вчителям.

Сучасні тенденції у шведській освіті визначають курс на повне розформування спеціальних шкіл і створення на їх базі ресурсних центрів.

В Німеччині, психолого-педагогічний супровід учнів з особливими потребами в умовах інклюзивного навчання забезпечується педагогічними центрами, які функціонують у кожному регіоні, хоча форми організації роботи можуть бути різними. Центри надають різнопланову допомогу школярам з особливими освітніми потребами, проводять з ними профорієнтаційну роботу, координують діяльність різнопрофільних фахівців, консультують батьків і вчителів масових та спеціальних шкіл тощо.

Таким чином, аналіз досвіду навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку у країнах Європи свідчить, що у переважній більшості з них інклюзивне навчання є основною формою здобуття освіти людьми з обмеженими можливостями. Однак, варто зазначити, що діти з особливими освітніми потребами мають змогу здобувати освіту і вспеціальних навчальних закладах, і в закладах масового типу.

Перевагами інклюзивної освітидля дітей з особливими освітніми потребами є, зокрема: спілкування з однолітками, завдяки чому поліпшується когнітивний, моторний, мовний, соціальний та емоційний розвиток дітей; функціональне оволодіння новими вміннями та навичками; можливості для налагодження дружніх стосунків зі здоровими ровесниками й участі у громадському житті. Інклюзія сприяє формуванню толерантного ставлення, вміння та потреби налагоджувати й підтримувати дружні стосунки з різними людьми, співчуття й взаємодопомоги.

Вчителі інклюзивних класів краще розуміють індивідуальні особливості учнів, оволодівають різноманітними педагогічними методиками, що дає їм змогу ефективно сприяти розвитку дітей з урахуванням їхньої індивідуальності.

Спеціалісти (медики, педагоги спеціального профілю, інші фахівці) починають сприймати дітей більш цілісно, а також вчаться дивитися на життєві ситуації очима дітей.

Недоліками вітчизняної системи освіти, що заважають інтеграції дітей з особливими освітніми потребами до загального освітнього процесу, визначають: недосконаліть законодавства у галузі освіти, що зумовлює відсутність механізмів розвитку та фінансування системи інклюзивного навчання; недостатнє матеріально-технічне та кадрове забезпечення загальноосвітніх навчальних закладів; непристосованість будівель загальноосвітніх навчальних закладів для безперешкодного доступу до них учнів із обмеженими можливостями; упереджене ставлення та недостатня психологічна готовність учнів, їхніх батьків та педагогів до спільного навчання з особами з інвалідністю.

Загалом, розвиток інклюзивної освіти як комплексного процесу забезпечення рівного доступу до якісної освіти дітям із особливими освітніми потребами, організації їх навчання в загальноосвітніх навчальних закладах на основі застосування особистісно-орієнтованих методів, є перспективним для України, з огляду на завдання та перспективи розв'язання назрілих педагогічних і соціальних проблем.

О. М. СІМУШЕВА
студент факультету соціально-економічної освіти та управління
НПУ імені М. П. Драгоманова
Науковий керівник: канд. психол. наук, доцент Г. А. Дьоміна

ПСИХОЛОГІЯ БІЗНЕСУ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ КАР'ЄРНОГО ЗРОСТАННЯ

На сьогоднішній день, бізнес та ведення підприємництва неможливе без психологічних знань. Давно підтверджено такими психолінгвістами, як Т. Е. Гарлі, О. О. Леонтьєвим, С. В. Засєкіним той факт, що вміння обирати правильну стратегію поведінки деколи важливіше для успішного підприємця, ніж навіть досвід та знання. Висока професійна мобільність та бізнес-компетентність є актуальною темою для людей, які сьогодні прагнуть підніматися по службових сходинках та не зупинятися на досягнутому.

Метою даної роботи є аналітичний огляд наукової літератури з психологічного аспекту кар'єрного зростання як важливої проблеми психології бізнесу.

Психологія бізнесу вивчалася та досліджувалася багатьма вченими, зокрема Найджелом Марлоу, який є засновником однієї з перших програм по бізнес-психології в Лондоні; Стівом Бентоном — спеціалістом, отримавшим звання професора бізнес-психології, керівником дослідницького центру; Дімітріосом Ціврікосом — керівником програми по психології бізнесу та психології споживачів в Лондонському університеті, та багатьма іншими вченими. Можна відмітити, що спільна думка та ідея, яка спостерігається у дослідженнях всіх вищеназваних вчених полягає у тому, що "ідеальний" бізнес-психолог повинен використовувати різноманітні стратегічні цілі для розвитку кампанії, втілювати запропоновані ним підходи на практиці та підвищувати ефективність роботи організації. Цим самим він буде викликати та регулювати внутрішній спонукальний мотив до праці в персоналу і, як наслідок, сприяти кар'єрномузростанню співробітників. Як показує практика роботи в подібних організаціях, як би керівник не спонукав та не мотивував до роботи своїх підлеглих, але найсильніше сприяти їх професійному зростанню можуть лише вони самі; тільки сама людина може стати для себе наймогутнішим та найстійкішим мотиватором та стрижнем у досягненні високого статусу, хоча раціональне зерно у вищезгаданих твердженнях також присутнє.

Ми вважаємо, що центральна проблема упсихологічному аспекті кар'єрного зростання — це розкриття особистісного потенціалу, розвиток лідерських якостей та вдалий вихід із внутрішньо особистісних криз, які гальмують саморозвиток людини. А вже на другорядному плані можемо відмітити особливості роботи з персоналом, навчання персоналу, організаційні зміни у

підприємстві, а також імідж організації, очікування та можливості виходу на нові ринки тощо.

В першу чергу, для того, щоб досягти успіхів у своїй роботі, необхідно працювати із особливостями свого мислення та відповідного налаштовування на роботу, адже робота на підприємстві — це не просто перелік трудових обов'язків, які ми виконуємо за матеріальну винагороду, першочергово це існування в робочому колективі і взаємодія з ним. Так як і психологія бізнесу — це не тільки тренінги особистісного зростання, підвищення продаж, виконання маркетингового плану та ефективного керівництва, а це, як відмічають науковці, — колективне мислення та колективна пам'ять усіх працівників.

Варто відмітити, що колектив на підприємстві — це як злагоджений механізм, це одна система, де кожен працівник є елементом даного механізму. І успішність та професійне зростання і процвітання кожного працівника є взаємозалежним від іншого, подібно елементам у одній системі. Чим злагодженіше та якісніше працюватиме кожен із працівників, тим продуктивнішим буде підприємство і тим більш буде зростати професійна компетентність, авторитет та статус кожного у колективі.

На нашу думку, люди, які схильні до заняття бізнесом, фокусуються на своїх схильностях та особистісних особливостях досить в ранньому віці і налаштовані працювати в цій непростій сфері геть не спонтанно. Процеси самовизначення та самоідентифікації, певні особливості характеру відразу дають їм зрозуміти, в чому їх нахил і призначення. А коли вони починають займатися чи бути учасником підприємницької діяльності, то фактори задоволеності своєю роботою лише підтверджують цей факт.

Також важливе місце в ряду досліджуваних феноменів професійного зростання відводиться психологічним проблемам взаємодії в бізнесі, ділового партнерства, конкуренції, ділової етики, репутації, довіри, соціально-психологічні чинники поведінки і спілкування у бізнес-співтоваристві, а також стратегії ведення переговорів, способи вирішення конфліктів, принципи ефективного ділового спілкування. Формування ефективної організаційної культури, створення оптимального психологічного клімату та атмосфери, прихильності та лояльності, ділового етичного кодексу та довіри, профілактики емоційного вигорання є важливим напрямком роботи у психології бізнесу.

Цікаво відмітити те, що психологія бізнесу розвивається в тісному контакті з іншими галузями психології, що визначається як логікою розвитку науки, так і запитами практики. Оскільки бізнес є багатоплановим, то і пов'язаний він майже з усіма галузями психології, але, більшою мірою, з психологією праці, соціальною, організаційною та економічною психологією. Уявлення про теоретичні принципи, методи та основні поняття допомагають бізнес-психологу самовизначитися і зберегти своє обличчя в тих динамічних умовах, в яких він розвивається і працює. Важливо те, що психологія бізнесу розвивається в руслі сформованих в психології напрямків і збагачує їх новими ідеями та підходами.

У вітчизняній літературі психологія бізнесу вивчається як напрям економічної психології, серед якої найбільш близьким напрямком є психологія підприємництва, що розглядає питання прийняття економічних рішень, психологію економічних криз, проведення переговорів, психологію конфліктів, укладання угод, психологію відносин власності та фінансову психологію.

До речі, для успішного кар'єрного зростання дуже важливими є знання фінансової психології, адже кожна працююча людина не раз задавалася питаннями своєї фінансової стабільності, була незадоволена своїм достатком та не знала, яким чином можна заробити багато грошей і почувати себе комфортно, не рахуючи кожну копійку в кишені.

Однією з базових книг, яка пропонує розібратися в секретах фінансового успіху, є книга Д. С. Клейсона "Найбагатша людина у Вавілоні". На сторінках цієї книги в доступному варіанті викладені постулати фінансового благополуччя, які є універсальними і незмінними. Автор досліджує аспекти персонального успіху кожного із нас і вважає, що успіх — це є досягнення цілей власною працею та вміннями, а ключ до успіху — в правильній підготовці до реалізації задуманого.

Розуміння фінансових законів є невід'ємним у роботі підприємця. Адже ці закони допомагають зрозуміти, як працюють фінанси, як накопичувати капітал, зберегти його та заставити працювати на прибуток, що і надихає на шляху до успіху.

До загальної характеристики психологічних ознак підприємництва можемо віднести: активність; ризик (як ситуативна характеристика діяльності підприємця, як ситуація вибору між напрямками прийняття рішення та як взаємозв'язок індивідуальної і групової поведінки); лідерство; реалізація творчого компоненту особистості.

Можна зробити висновок, що психологія бізнесу є великим, змістовним та не менш важливим напрямком серед інших психологічних наук. Адже розуміння бізнесу як діяльності, аналіз основних складових бізнесу, усвідомлення мети та чинників бізнес-діяльності, володіння навичками та певним професійним інструментарієм для успішного вирішення ділових кейс-ситуацій, а також аспект кар'єрного зростання фахівця є неможливим без психологічних знань.

О. В. ТІТОВА
студент V курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП"
Науковий керівник: д-р мед. наук, доцент Н. В. Коляденко

ОСОБЛИВОСТІ САМОСПРИЙНЯТТЯ ЖІНОК ІЗ ПАРАНОЇДНОЮ ФОРМОЮ ШИЗОФРЕНІЇ

Завдання медичного психолога, який працює в психіатричній клініці, полягає насамперед у визначенні специфічних порушень мислення, емоцій та волі, притаманних хворим на параноїдну форму шизофренії, виявленні обмежень, спричинених захворюванням. Однак визначенню складових реабілітаційного потенціалу пацієнтів приділяється значно менше уваги. Практично не оцінюються клінічними психологами розуміння хворими на шизофренію "внутрішньої картини" захворювання, їх самосприйняття та самооцінка — ті складові, що дозволяють оцінити ступінь порушення властивостей особистості та сприяти відновленню її цілісності, "зціленню" в прямому розумінні. Дане питання є базовим для соціальної реабілітації, ресоціалізації хворих на параноїдну шизофренію, що обумовлює актуальність теми даного дослідження, мета якого — визначити особливості самосприйняття жінок, хворих на параноїдну шизофренію, та розробити відповідні способи психокорекції.

Методологія дослідження базується на комплексному врахуванні теорій особистості та персонологічного напряму їх розуміння.

Для вирішення завдань дослідження проводилося патопсихологічне дослідження з використанням наступних методик: оцінка рівня домагань за опитувальником В. К. Гербачевського; визначення розбіжностей між "Я-реальним" і "Я-ідеальним" за методикою Q-сортування; дослідження самооцінки за методикою Т. В. Дембо – С. Я. Рубінштейн; дослідження самосприйняття за проективною методикою "Психогеометричний тест" С. Ділінгер). Обробка результатів дослідження та оцінка їх достовірності здійснювалися методами математичної статистики за допомогою програми "мед. статистика онлайн".

В нашій роботі, основний акцент скерований на дослідження особливостей самосприйняття жінок із параноїдною формою шизофренії, у яких, за даними джерел наукової літератури, через наявність продуктивної психопатологічної симптоматики, специфічного внутрішньо-психологічного конфлікту, амбівалентного ставлення до прийняття ролі хворого внаслідок розладів мислення, обмеження соціальних зв'язків внаслідок як тривалого перебування у лікарні та лікування, так і формування аутизації, апатико-абулічного та апатико-дисоціативного дефекту, самосприйняття істотно відрізняється від самосприйняття інших людей. Для психічно хворих, на думку фахівців, не вистачає їх внутрішнього ресурсу для здійснення самоінтересу.

Хворі на шизофренію характеризуються, з одного боку, розумінням своїх життєвих проблем та в цілому їх адекватною оцінкою, а з іншого — надто низьким рівнем суб'єктивно оцінюваного благополуччя. Якість життя хворих на шизофренію відрізняється незадоволеністю, соціальною незахищеністю, уразливістю. Більш високі показники ситуативної тривожності, притаманні жінкам із параноїдною формою шизофренії, як можна пояснити на основі даних джерел наукової літератури, свідчать про те, що вони, в порівнянні з практично здоровими, більш схильні до очікування невдач, негативного ставлення чи негативних оцінок.

Основну досліджувану групу склали 44 пацієнтки психіатричної лікарні ТМО "ПСИХІАТРІЯ", які страждають на параноїдну форму шизофренії. В контрольну групу увійшли 47 практично здорових жінок, які за віковим складом, рівнем освіти та місцем проживання співставні з основною досліджуваною групою.

Співвідношення між Я-ідеальним і Я-реальним в досліджуваних основній групі жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії, та контрольній групі практично здорових жінок, визначалося за методом Q-сортування. Для порівняння основної та контрольної груп вираховувався коефіцієнт кореляції рангів (індекс задоволеності собою). Якщо в контрольній досліджуваній групі практично здорових жінок Я-реальне не дуже відрізняються від Я-ідеального, індекс задоволеності собою дорівнював 0,861, то в основній досліджуваній групі жінок, хворих на параноїдну шизофренію, Я-ідеальне та Я-реальне істотно відмінні між собою, коефіцієнт кореляції був з негативним знаком і дорівнював –4,962 (відмінність статистично значуща, *t*-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей $t = 4{,}24$ при $f = 89$, t критичне = 1,99, $\sigma = 0{,}05$).

Жінки, хворі на шизофренію, характеризували себе переважно як негармонійних, агресивних, неврівноважених, невпевнених у собі, внутрішньо спустошених осіб, підкреслювали свою безпомічність та залежність (як від інших осіб, так і від ситуації, якої не можуть уникнути при всьому на те бажанні). Вони відмічали свою відмінність від інших людей та постійну необхідність боротьби з самими собою, а також емоційну холодність і байдужість. Найбільше відрізнялася від "Я-ідеального" самооцінка, хворі жінки були впевнені в своїй нікчемності, не цікавості, непривабливості для інших (в тому числі сексуальній), висловлювали песимістичні настрої та зневіру в майбутньому. Крайнім ступенем таких настроїв було висловлювання нерозуміння та несприйняття самих себе аж до бажання самознищення. В той же час, методика Q-сортування виявилася валідною для прояву в досліджуваних жінок працездатного віку, хворих на параноїдну шизофренію, дисоціативних розладів мислення — вони нерідко виявляли амбівалентність суджень, давали на одне й те саме запитання протилежні твердження. Цікавим виявилося й те, що в порівнянні "Я-ідеального" та "Я-реального" жінки, хворі на параноїдну форму шизофренії, обирали переважно крайні полярні оцінки (тобто, якщо ту чи іншу ознаку свого реального "Я" вони оцінювали як максимально виражену, то в "Я"-ідеальному хотіли б її взагалі позбутися,

і навпаки — вважаючи якусь ознаку повністю відсутньою в "Я"-реальному, в "Я"-ідеальному прагнули до найбільшого її рівня).

Виразні результати були отримані у досліджуваних жінок із параноїдною формою шизофренії за методикою рівня домагань В. К. Гербачевського. Досліджені елементи (мотиви), їх характеристика та значущість у жінок, хворих на параноїдну шизофренію, виявилися статистично достовірно відмінними порівняно із контрольною групою практично здорових жінок. Досліджувані жінки, хворі на параноїдну форму шизофренії, у відповідях на питання методики В. К. Гербачевського виявляли амбівалентність суджень (прагнення до високих, навіть найкращих, результатів — і водночас байдужість до них), апатію ("дослідження набридло, це нікому не потрібно") та абулію ("працюю на межі своїх сил"). Крім того, у відповідях знайшли відображення маячні ідеї відношення та тривожність ("ця ситуація може спричинити мені неприємності"). Жінкам, хворим на шизофренію, було важко зосередитися, в них був майже відсутнім змагальний мотив, показник мобілізації зусиль був вдвічі меншим ніж у групі практично здорових, при вираженому мотиві уникнення, але в той же час результати дослідження розцінювалися ними як такі, що мають значення для самоповаги.

Дослідження самооцінки за методикою Т. В. Дембо – С. Я. Рубінштейн показало, що досліджувані жінки з параноїдною формою шизофренії були амбівалентними у визначеннях, відносили точки відміток до полюсів лінійних шкал без співвідношення з реальною ситуацією, часто не могли визначити критерії оцінки, давали резонерські пояснення. Особливо це відмічалося за шкалами щастя, здоров'я, характеру та настрою, що статистично достовірно відрізняло основну й контрольну досліджувані групи. Привертали увагу статистично значимі відмінності за шкалами тривоги, впевненості у собі, уявлення про майбутнє у жінок із параноїдною формою шизофренії, на відміну від практично здорових, що свідчили про підвищений рівень тривожності, невпевненість у собі та відсутність реальних планів на майбутнє.

Також досліджуваним основної та контрольної груп було запропоновано проективну методику — психогеометричний тест С. Ділінгер, за яким було виявлено істотні статистично значимі відмінності. Серед основних форм, тобто, обраних хворими на параноїдну форму шизофренії під № 1, переважав зиґзаґ (27 осіб, або 61,36 % досліджуваних основної групи). 11 досліджуваних основної групи (25,00 %) під № 1 обрали коло, 5 хворих (11,36 %) обрали квадрат, і 1 досліджувана основної групи (2,28 %) під № 1 позначила прямокутник. Цікаво, що жодна з досліджуваних жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії, не обрала в якості основної фігури трикутник — навпаки, він найчастіше (понад 2/3 випадків) опинявся на 5 місці, або ж на 4-му (майже 1/3 випадків), тоді як у респондентів контрольної групи трикутник в якості № 1 позначили 19 (40,43 %) практично здорових жінок із 47 досліджених. Статистично значущої різниці в обранні за основну фігуру прямокутника в основній і контрольній групах не виявлено, в них обох цю фігуру обрали по 1 респонденту, які дійсно перебували на момент обстеження в ситуації неви-

значеності — щодо роботи, місця проживання, тривалості лікування тощо, і хоча ці ситуації різнилися в деталях, реакція на них була психологічно схожою у респонденток основної та контрольної груп.

Особистісні зміни при параноїдній шизофренії негативно відбиваються на соціальному функціонуванні пацієнтів, перешкоджаючи їх соціально-корисній діяльності та ускладнюючи соціальні стосунки, спричиняючи агресивні тенденції, зниження фізичної та інтелектуальної працездатності, активності в побуті, призводячи до інвалідизації. Такі пацієнти потребують спрямування психокорекційних заходів на покращення і розширення соціальних контактів, навчання навичкам незалежного проживання, ведення фінансів, формування та підтримання благополучних стосунків із близькими. Корекції вимагають і незадовільне самосприйняття та в цілому низькі суб'єктивні оцінки рівня якості життя практично у всіх сферах. Психокорекція має здійснюватися в комплексі реабілітаційних програм і сприяти вирішенню конкретних життєвих потреб пацієнтів, формуванню в них навичок незалежного функціонування в суспільстві.

В результаті проведених досліджень у жінок, хворих на параноїдну шизофренію, нами було виявлено схильність до низької самооцінки, що підтверджує дані наукової літератури. Хворі на параноїдну шизофренію, до того ж, часто не усвідомлюють неадекватність своєї поведінки, яка призводить до негативних реакцій оточуючих. Тому психокорекція має бути комплексною, орієнтованою як на психопатологічну симптоматику, так і на виявлені проблеми соціального функціонування, разом із актуальними життєвими проблемами та реакцією хворих на них. Такий підхід сприяє формуванню впевненості в собі, уникненню конфліктних або залежних стосунків, підвищенню самооцінки. Програма психокорекції самосприйняття пацієнток із параноїдною формою шизофренії була розроблена з метою використання в процесі психокорекційної роботи під час їх стаціонарного лікування та реабілітації. В основу заходів психокорекційної роботи було покладено відповідні науково-практичні рекомендації фахівців ТМО "ПСИХІАТРІЯ", а саме: в стані загострення хвороби, проводилася стабілізація психічного стану хворих, адаптація до умов психіатричного стаціонару, попередження формування дефекту особистості, наростання аутизації та розвитку явищ госпіталізму, обов'язково в комплексі з активною індивідуальною психофармакотерапією. По мірі стабілізації психічного стану, зменшенню гостроти психотичної симптоматики психокорекційна робота більш активно спрямовувалася на реадаптацію хворих у соціумі, формування комплайєнсу шляхом підвищення специфічних знань про хворобу у пацієнтів та їх близьких, проведення тренінгів із формування побутових навичок, подолання проблем у міжособистісній взаємодії, профорієнтації із працетерапією тощо, з метою збереження, відновлення та підвищення соціального функціонування хворих, формування реальних, позитивних цілей на майбутнє, боротьбу зі стигматизацією та самостигматизацією. Виявлені під час дослідження порушення самосприйняття пацієнток враховувалися в процесі психокорекційних заходів, завданням яких було, зокрема, підвищення сту-

пеня адекватності самосприйняття та самооцінки, зменшення розбіжностей між "Я-ідеальним" і "Я-реальним", подолання негативних симптомів впливу захворювання на особистісні якості та психічні стани. Перед випискою зі стаціонару, в процесі психокорекційної роботи увага зосереджувалася на таких актуальних питаннях, як: покращення міжособистісних стосунків, профорієнтація, профілактика агресивних тенденцій, підвищення навичок саморегуляції, нормалізація самооцінки, подолання абулії та апатії, формування більш стійкої ремісії з подальшим підвищенням рівня якості життя.

Психокорекційні втручання, спрямовані на подолання порушень, соціального функціонування жінок, проблем у міжособистісній взаємодії, формуванні нових соціальних контактів та підтримка існуючих реалізовувалися шляхом участі досліджуваних пацієнток у комунікативних, когнітивних та поведінкових тренінгах, що враховували виявлені в результаті експериментального дослідження індивідуальні особливості. Особлива увага приділялася мотиваційному компоненту комунікації, формуванню необхідності спілкування. В результаті психокорекційного втручання у досліджуваних пацієнток відмічалася позитивна динаміка як суб'єктивного самопочуття, так і редукції загальної психопатологічної симптоматики, темпу та глибини покращення соціального функціонування та якості життя.

Таким чином, самосприйняття у психічно хворих із параноїдною формою шизофренії є в цілому більш негативним, ніж у практично здорових осіб, їм істотно менше властиві почуття самоцінності, привабливості та приязного самоставлення. Для хворих на параноїдну шизофренію менше значення, ніж для практично здорових осіб, мають схвалення вчинків та поглядів, приязне ставлення оточення, прагнення краще пізнати себе, зрозуміти свій внутрішній світ, внаслідок недостатності в них внутрішнього ресурсу для здійснення самоінтересу. Психічно хворі, в порівнянні з практично здоровими, більш тривожні та схильні до очікування невдач, їх самосприйняття є більш зосередженим на негативних якостях. У жінок, хворих на параноїдну шизофренію, "Я-ідеальне" та "Я-реальне" істотно відмінні між собою, причому найбільше відрізняється від "Я-ідеального" самооцінка, що проявлялося висловлюваннями нерозуміння та несприйняття самих себе аж до бажання самознищення.

Методики Q-сортування, визначення рівня домагань В. К. Гербачевського, самооцінки за Т. В. Дембо – С. Я. Рубінштейн, психогеометричний тест С. Ділінгер можуть бути рекомендовані для застосування в роботі медичних психологів з метою оцінки самосприйняття пацієнток із параноїдною формою шизофренії в динаміці, як показника ефективності реабілітаційного процесу.

Програма психокорекції жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії, має здійснюватися в комплексі реабілітаційних заходів і бути спрямована на нормалізацію самосприйняття, покращення і розширення соціальних контактів, формування та підтримання благополучних стосунків з близькими, навчання навичкам незалежного проживання, покращення суб'єктивної оцінки якості життя, що сприятиме вирішенню конкретних життєвих потреб пацієнтів, формуванню в них навичок незалежного функціонування в суспільстві.

Ю. В. ТУГАЄНКО
студент II курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП"
Науковий керівник: д-р мед. наук, доцент Н. В. Коляденко

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ АДЕКВАТНОЇ САМООЦІНКИ В МОЛОДШОМУ ШКІЛЬНОМУ ВІЦІ

Молодший шкільний вік — особливий період у житті дитини, який називають "вершиною дитинства". З приходом до школи відбувається перебудова всієї системи відношення дитини до дійсності.

Самооцінка — оцінка особистістю самої себе, своїх можливостей, якостей і місця серед інших людей. Маючи відношення до ядра особистості, самооцінка є найважливішим регулятором поведінки. Від самооцінки залежать взаємовідносини людини з оточуючими, її критичність, вимогливість до себе, ставлення до успіхів і невдач. Самооцінка пов'язана з рівнем домагань людини, тобто ступенем труднощі досягнення цілей, які він ставить перед собою. Розбіжність між домаганнями людини та її реальними можливостями призводить до невірної самооцінки, внаслідок чого поведінка особистості стає неадекватною (виникають емоційні зриви, підвищена тривожність тощо). Самооцінка отримує об'єктивне вираження і в тому, як людина оцінює можливості та результати діяльності інших людей. Самооцінка є найважливішим показником розвитку особистості. Вона дозволяє людині робити активний вибір у найрізноманітніших життєвих ситуаціях, визначає рівень її прагнень і цінностей, характер відносин з іншими людьми. Почавши формуватися ще в ранньому дитинстві, коли дитина починає відокремлювати себе від оточуючих, самооцінка продовжує видозмінюватися протягом усього життя, стаючи все більш критичною і змістовною. Сензитивним періодом для становлення самооцінки, як особливого компонента самосвідомості, є молодший шкільний вік. На сучасному етапі розвитку початкової школи, пріоритетною метою навчання є розвиток особистості школяра. Особистісний розвиток молодшого школяра співвідноситься з формуванням його самосвідомості, важливою і невід'ємною частиною якого є сформованість самоконтролю і самооцінки. Л. С. Виготський зазначав, що саме в семирічному віці починає складатися самооцінка як узагальнене, позаситуативне і водночас диференційоване ставлення дитини до самої себе. Самооцінка — найважливіша особистісна інстанція, що дозволяє контролювати власну діяльність з точки зору нормативних критеріїв, будувати свою цілісну поведінку відповідно до соціальних норм. Тому необхідно починати формування дій самоконтролю і самооцінки з першого року навчання дитини в школі. Від того, наскільки повноцінно молодші школярі опанують дії контролю та оцінки, буде залежати їх подальше навчання. Отже, з самооцінкою пов'язаний успішний особистісний розвиток ди-

тини у молодшому шкільному віці, — становлення впевненості в собі, в своїх силах, можливостях і здібностях, а кожен із батьків, звичайно ж, хоче бачити свою дитину успішною, саме тому обрану тему дослідження можна вважати актуальною і гідною уваги як психологів, так і батьків, вчителів, педагогів. Складовою і невід'ємною частиною "Я-Концепції" є самооцінка. Самооцінку впсихології визначають як оцінку особистістю самої себе, своєї зовнішності, місця серед інших людей, своїх якостей і можливостей. Самооцінка є системоутворюючим ядром індивідуальності особистості, яка багато в чому визначає життєві позиції людини, рівень її домагань, всю систему оцінок. Самооцінка впливає на формування стилю поведінки і життєдіяльність людини. Іншими словами, самооцінка багато в чому обумовлює динаміку і спрямованість розвитку суб'єкта. Майбутнє дитини залежить від формування самооцінки на початкових етапах школи. Ця проблема в наукових дослідженнях є недостатньо розкритою, тому є актуальною для подальшого дослідження.

Метою роботи є теоретичне та емпіричне вивчення особливостей самооцінки дітей молодшого шкільного віку.

Методологія полягає в розумінні людини як цілісної біопсихосоціальної істоти, в розвитку особистості якої значимими є ціннісні орієнтації.

Нами було досліджено 36 учнів 3 класу Хотивського НВК, всі діти віком 9 років. Відповідно до поставленої мети та методологічних основ дослідження, було використано валідну психодіагностичну методику, спрямовану на вивчення самооцінки та ціннісних орієнтацій дітей молодшого шкільного віку, а саме — відповідні субтести методики визначення емоційного рівня самооцінки А. В. Захарова. Стимульний матеріал: малюнки для виконання субтестів. В ході проведення методики досліджуваним дітям пропонувалися малюнкові завдання (рис. 1–5).

Субтест № 1. Уяви, що зображений на малюнку ряд кіл — це люди. Вкажи, де знаходишся ти.



Рис. 1. **Стимульний матеріал до методики визначення емоційного рівня самооцінки А. В. Захарова: субтест № 1**

Субтест № 2. Велике коло — це твоє "Я". Маленькі кола — це твої рідні, друзі і вчитель. Покажи, де будуть перебувати батько, мати, бабуся, дідусь, брат (сестра), вчитель, друзі (О — батько, М — мати, Д — дідусь, Б — бабуся, Б2 — брат, С — сестра, Др — друзі, У — учитель).

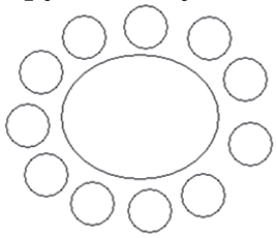


Рис. 2. **Стимульний матеріал до методики визначення емоційного рівня самооцінки А.В. Захарова: субтест № 2**

Субтест № 3. Ось на малюнку твої батьки, вчителі, друзі. Постав хрестик (точку) там, де знаходишся ти.



Рис. 3. **Стимульний матеріал до методики визначення емоційного рівня самооцінки А. В. Захарова: субтест № 3**

Субтест № 4. Постав крапку в тому місці кола, де знаходишся ти.

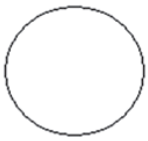


Рис. 4. **Стимульний матеріал до методики визначення емоційного рівня самооцінки А. В. Захарова: субтест № 4**

Субтест № 5. Уяви, що ти знаходишся в нижньому ряду. В якому з двох кіл знаходитимешся ти?

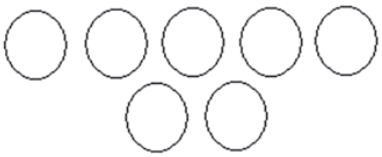


Рис. 5. **Стимульний матеріал до методики визначення емоційного рівня самооцінки А. В. Захарова: субтест № 5**

Обробка результатів:

Субтест № 1. Нормою для дитини є вказівка на третє-четверте коло ліворуч. У цьому випадку дитина адекватно сприймає особливості свого "Я-образу", усвідомлює свою цінність і приймає себе. При вказівці на перше коло має завищену, а при вказуванні на круги далі п'ятого занижену самооцінку.

Субтест № 2. Дозволяє визначити відносини з близькими людьми. При розташуванні зверху — визнає перевагу і допускає тиск цієї людини на себе. Чинить тиск на розташованих знизу, відчуває свою перевагу над ними.

Субтест № 3. Визначає соціальну зацікавленість (чи відчуває дитина себе включеною, прийнятою в світ людей), а також ступінь близькості з тією чи іншою категорією людей. Якщо дитина зазначила себе поза трикутником, то можна сказати, що вона відчуває себе знедоленою або не зацікавленою в соціальних контактах.

Субтест № 4. Визначення ступеня егоцентризму. Для дошкільника характерний високий егоцентризм (розташування в самому центрі кола). Більш старша дитина повинна бути помірковано егоїстичною.

Субтест № 5. Індивідуалізація. Дозволяє виявити усвідомлення своєї спорідненості (при вказівці на ліве коло) або своєї унікальності (праве коло).

В результаті нашого дослідження було встановлено, що в тому разі, коли за даною методикою виявляються певні негативні результати, ймовірність дезадаптації, порушень поведінки і загальної дестабілізації нервово-психічного стану є досить високою. Наприклад, учень 3-го класу, шкільна успішність добра (вчиться на “9” і “10”), особливих претензій до поведінки немає. Однак, за результатами виконання вищенаведених субтестів, шкільна адаптація дитини була оцінена як неблагополучна. З’ясувалося, що в контактах з однолітками цей учень нерідко без достатніх підстав буває дратівливим і образливим, авторитетом у них не користується. В даному випадку можна говорити про недостатню особистісну зрілость дитини (недиференційованість системи ціннісних орієнтації), відчуття емоційного дискомфорту, пов’язане як з недостатньою відповідністю реального “Я” ідеальному (розбіжність між бажаними і наявними в себе якостями), так і з почуттям недооцінки власної особистості значущими дорослими (вчителем) і однолітками. Поєднання зазначених особливостей дозволяє розглядати їх не тільки як один з важливих факторів формування дезадаптації дитини, але і як цілком конкретну «мішень» для проведення індивідуальної психологічної корекції. Загалом, отримані результати показали, що в 4 досліджуваних учнів (11,1 %) наявний високий рівень самооцінки, у 18 (50,0 %) виявлено середній рівень самооцінки, а в 14 (38,9 %) учнів — низький рівень самооцінки. При цьому, більше половини досліджуваних учнів — 23 особи (63,9 %) — визнають свою схожість з іншими, тоді як 13 (36,1 %) вважають себе унікальними.

Самооцінка є системоутворюючим ядром індивідуальності особистості, яка багато в чому визначає життєві позиції людини, рівень її домагань, всю систему оцінок. Велику роль у формуванні самооцінки дитини відіграє стиль сімейного виховання, сімейні цінності. Діти з завищеною самооцінкою виховуються за принципом кумира сім’ї, в обстановці некритичності і досить рано усвідомлюють свою виключність. В сім’ях, де ростуть діти з високою, але не завищеною самооцінкою, увага до особистості дитини (інтереси, смаки, друзі) поєднується з достатньою вимогливістю. Тут не практикують принизливі покарання і охоче хвалять, коли дитина цього заслуговує. Діти з заниженою (не обов’язково дуже низькою) самооцінкою користуються вдома великою свободою. Але ця свобода, по суті, — безконтрольність, наслідок байдужості батьків до дітей і один до одного. Людина оцінює себе двома шляхами: шляхом зіставлення рівня своїх домагань з об'єктивними результатами своєї діяльності і шляхом порівняння себе з іншими людьми. Батьки таких дітей включаються в їх життя тоді, коли виникають навчальні проблеми: мало цікавляться їх захопленнями, друзями, переживаннями. Вивчивши особливості розвитку самооцінки у дітей молодшого шкільного віку можна сказати, що в розвитку самооцінки молодшого школяра величезну роль виконують оціночні впливи вчителя. Оціночні бали, які виставляє вчитель, повинні безумовно відповідати дійсним знанням дітей. Дитина повинна знати,

чого чекає від нього вчитель наступного разу. Не слід захвалювати хороших учнів, особливо тих дітей, які досягають високих результатів, але без особливих зусиль. У навчальній діяльності вчителю слід звернути особливу увагу як на дітей з високим рівнем самооцінки, так і на дітей з низьким рівнем самооцінки.

Л. В. ЧЕРКАЙ
студент факультету соціально-економічної освіти та управління
НПУ імені М. П. Драгоманова
Науковий керівник: канд. психол. наук, доцент Г. А. Дьоміна

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДГОТОВКА ДИТИНИ ДО ДИТЯЧОГО САДКА

Кожні батьки, які мають дитину, яка йде в дитячий садок, хвилюються про те, аби період адаптації пройшов легко, що й обумовлює актуальність обраної теми дослідження.

Метою нашого дослідження є огляд, на основі аналізу теоретичних джерел, науково обґрунтованих рекомендацій щодо підготовки дитини до дитячого садка.

На даний час існує безліч варіантів адаптації дитини в дитячому колективі. Що ж пропонують психологи для швидкої підготовки та адаптації дитини до дитячого навчального закладу?

Психологи рекомендують відправляти дитину в дитячий садок не раніше 3-х років. До вступу в дитячий садок варто: грати в дитячий садок. Сходитиз дитиною до садочку, пройтисяпо коридорах, зайти в групу. Варто поспілкуватись із вихователями, які працюватимуть з дитиною. Також зайти в їдальню та спальню. Сказати всім, що ви скоро прийдете. Дитину варто навчити самостійно одягатися, взуватися, їсти, мити руки та проситися в туалет. Це ті основні правила, які допоможуть дитині швидше адаптуватися.

Педагоги та психологи рекомендують батькам повторювати дитині наступні фрази:

- “Мама обов’язково повернеться і забере тебе, нізащо не залишить на ніч”.
- “Мама буде дуже сумувати за тобою”.
- “Ввечері ви обов’язково пограєтесь і прочитаєте книжку, у вас будуть секрети на ніч”.

Також, за тиждень-два до візиту в дитячий садочок, треба привчити дитину до режиму та меню дитячого садка. Потрібно сформувати в дитини позитивну думку про дитячий садок. Важливо прищепити дитині навички самообслуговування. Не слід обманювати дитину, а треба казати правду. Необхідно навчити дитину відпускати маму та самостійно гратися іграшками. Треба також звернути увагу на навички спілкування. Спілкуйтеся з вихователями ввічливо та з повагою. Обов’язково прощайтесь, не тікайте від дитини. Давайте дитині більше уваги, ласки, тепла.

Все це стосується ролі батьків та завдань щодо адаптації дитини в дитячому садочку, вирішення яких покладається насамперед на батьків. Але є ще й

інша сторона — педагоги, яким треба багато знати й уміти для того, щоб працювати з малечею в дитячому садочку, в тому числі з новачками-малюками.

Візьмемо в якості прикладу роботу вихователя другої молодшої групи. Вік дітей 3–4 роки. Віковими особливостями психічного розвитку є: провідна потреба — в активному пізнанні оточуючого світу, спілкуванні, визнанні, самостійності. Провідною діяльністю є гра, відбувається перехід від маніпулятивних до рольової гри. Сприймання — це провідна функція.

Т. Широка та ряд інших авторів указують, наякі симптоми прояву кризи трьох років варто звертати увагу педагогів, аби дитина швидше її минула, якщо дитина прийшла в садочок до кризи даного періоду. Серед цих симтомів, зокрема:

- Виникнення негативу в поведінці дитини. Проявом може бути негативна реакція на прохання або вимогу конкретної людини. Негативні зміни завжди направлені на дорослого.
- Впертість у поведінці. По суті, це вимога до дорослих, аби ставились до дитини як до партнера.
- Свавілля у поведінці дитини. Бажання до самостійності та звільнення від опіки дорослого. Заборона самостійності може породити проблему невпевненості в собі та сумнів у власних силах.
- Протест, бунт. Це виглядає так, ніби дитина воює з дорослими.
- Прагнення до деспотизму. Цей симптом тісно пов'язаний із попереднім. Головне слово дитини — "повинен...".

Основними завданнями організації життєдіяльності даної групи дітей Г. А. Дьоміна визначає:

- забезпечення комфортних умов перебування дитини;
- створення в групі та ділянці середовища, яке допоможе всебічному розвитку дитини;
- забезпечення оптимальних умов для особистісного розвитку дитини;
- здійсненняпсихолого-педагогічного супроводу індивідуального розвитку дитини.

Більшість авторів рекомендують проводити заняття в формі гри з застосуванням індивідуальних завдань та з поділом дітей на групки. Також дуже важливим є чітке дотримання правил дитячого садка та режиму дня.

Підводячи підсумки, необхідно підкреслити, що без взаємодії батьків із вихователями дитсадка і навпаки, процес адаптації дитини буде довгим і складним. Кожна матуся і кожен татусь хочуть, аби дитина якомога легше перенесла адаптацію до колективу. Щоб так і сталося як бажається, варто дотримуватись вище зазначених порад. А також, якщо є можливість, бажано звернутися за порадою до психолога, який підготує всю сім'ю до такого важливого та складного кроку — вступу дитинив дитячий садок. Також можна відвідати тренінг для батьків, який навчить відповідним правилам і стратегії поведінки, що сприятимуть найкращій адаптації дитини в дитячому садочку.

О. О. ЧЕРКАСОВА
студент V курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП"
Науковий керівник: д-р мед. наук, доцент Н. В. Коляденко

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМУ В СТУДЕНТІВ

Небезпечною є алкоголізація дітей та молоді, формування в них наркологізованої свідомості. На жаль, більшість фахівців у сфері профілактичної роботи щодо алкоголізму мало приділяють уваги інформуванню сучасної молоді про шкідливі наслідки вживання алкоголю для організму людини, для працездатності її мозку та репродуктивної системи. Актуальність нашого дослідження зумовлена збільшенням кількості студентів, схильних до залежності від алкоголю та недостатністю висвітлення проблеми особливостей формування алкогольного синдрому у студентів в джерелах наукової літератури. Мета дослідження — теоретично проаналізувати та практично дослідити психологічні особливості виникнення та запобігання формуванню алкогольного синдрому залежності в студентському середовищі.

На думку багатьох учених алкоголь розглядається схильними до залежності людьми в якості засобу, що допомагає їм функціонувати і зменшувати їх "біль існування". У цих осіб з часом виробляється механізм, так званого, замкнутого кола. У міру розвитку процесу залежності алкоголь, будучи джерелом позитивного емоційного стану, починає поступово заміщати, виштовхувати всі колишні джерела цього стану. Е. Турінге називає деякі психологічні передумови до розвитку алкоголізму: низька або, навпаки, завищена самооцінка; труднощі в спілкуванні; психологічні комплекси; невміння справлятися зі своїми почуттями; високий рівень внутрішньої напруги, тривалий стрес; схильність до ризикованих ситуацій. За даними цього ж автора, проявами алкоголізму на психологічному рівні є: тунельне бачення – всі думки прямо або побічно сконцентровані на вживанні алкоголю; вибіркова пам'ять — пам'ятається тільки хороше, погане забувається; нестабільний емоційний стан — від нестями до вкрай інтенсивних почуттів; нав'язливе бажання вжити алкоголь; провали, погіршення пам'яті; душевні страждання при відсутності алкоголю; заперечення проблем, пов'язаних із вживанням, самої хвороби; порушений причинно-наслідковий зв'язок; — нездатність адекватно сприймати реальність; брехня — навіть там, де простіше сказати правду. Як зазначає Н. Максимова, схильність до алкоголю найчастіше виникає на фоні відхилень у психічному розвитку особистості (психопатії, акцентуації характеру, мінімальна дисфункція мозку) або в разі наявності негативної соціальної ситуації розвитку, помилок батьків у вихованні дітей, особливо небезпечним є наявність алкогольного оточення, а також спадкових пере-

думов алкоголізму. Отже, особистісна схильність до адиктивної поведінки формується поступово, в процесі онтогенезу. Систематичне вживання психотропних речовин неповнолітніми та юнаками слід розглядати як психолого-педагогічну, а не наркотичну проблему. Схильність до алкоголю, на думку Н. Максимової, є своєрідним функціональним новоутворенням особистості, що, поступово формуючись, може значний час бути у прихованому стані, але за певних умов проявляється. Отже, те, що сформованість чи несформованість адиктивної поведінки відбувається за умови наявності у людини подібних особистісних рис та за однакових соціальних умов, а інколи навіть за ідентичного генотипу, свідчить про складну взаємодію біологічних, соціальних та психологічних чинників на певному етапі онтогенезу, що утворюють визначальний, прихований, пусковий чинник адиктивної поведінки молодої особистості.

Н. Калька вказує, що у сучасних студентів домінує стійка гедоністична мотивація, небажання пристосовуватися до мінливої реальності, що супроводжується потребою в змінах психічного стану шляхом прийому психоактивних речовин. Схильність до різних форм адиктивної поведінки є виявом стійкого бажання юнаків до самоствердження, що відбувається в такий деструктивний спосіб і призводить до формування в особистості моделі залежної поведінки. Схильність студентської молоді до вживання алкоголю може "тягнути" за собою інші види адикцій, зокрема ті, що пов'язані із низьким рівнем задоволення соціальних потреб.

На думку О. Чеверікіної, студентам ВНЗ, схильним до залежності від алкоголю, притаманні специфічні особистісні детермінанти соціальної поведінки, такі як: нестійкий емоційний стан, тривожність; залежність від думки оточуючих і висока залежність від об'єкта прихильності, що є однією з психологічних причин формування залежної поведінки. У них утруднений самоконтроль, їм складніше переносити труднощі. У студентів з високою схильністю до залежності від алкоголю деформована структура ціннісних орієнтацій, що проявляється у невідповідності цінностей, що відображають уявлення людини про те, як потрібно поводитися (рівень нормативних ідеалів) і цінностей, що характеризують ту поведінку, яку людина зазвичай демонструє (рівень індивідуальних пріоритетів), а також знижена значимість таких цінностей, як безпека, досягнення, самостійність, універсалізм, доброта і конформність. У діяльності знижується оптимістична, пізнавальна, трудова й альтруїстична мотивації при підвищенні мотивації до ризикової поведінки. Із зростанням схильності до алкоголю знижується навчальна мотивація. Оцінка своїх професійних знань і умінь стає неадекватною. У студентів з високою схильністю до залежності від алкоголю недостатньо сформовані соціальні та професійні компетенції. Результати проведеного О. Чеверікіною дослідження дозволяють зробити висновок про те, що чим сильніше виявляються такі особистісні детермінанти соціальної поведінки, як тенденція до драматизації сформованих обставин, бажання показати себе не такою, якою людина є насправді (прикрасити себе), зниження впевненості в собі,

незадоволеність собою і посилення депресивних проявів, нестійкість емоцій, нестабільний настрій, заперечення будь-яких проблем і прагнення уникати неприємних ситуацій, егоцентризм, тим вище схильність як до алкогольної, так і до наркотичної залежності. У студентів з високою схильністю до алкоголізму переважає стенічний, запальний тип реагування, переважають збудливі риси. Вони тривожні, песимістичні, невпевнені в собі, сором'язливі, підвладні впливу з боку оточуючих, схильні до сумнівів і рефлексії, сугестивності, у них нестійка самооцінка, знижений поріг толерантності до стресу, є схильність до перебільшення як своїх, так і глобальних, світових проблем, труднощі в налагодженні міжособистісних відносин. Студенти, схильні до алкогольної залежності, не орієнтовані на досягнення особистого успіху через прояв компетентності згідно із соціальними стандартами. Вони менше уваги приділяють збереженню благополуччя людей, які їх оточують, безпеки для інших людей і себе, гармонії, стабільності суспільства і взаємовідносин. Для них менш важливі самостійність мислення та прийняття рішень, стримування та запобігання дій, а так само схильності і спонукання до дій, які можуть завдати шкоди іншим або не відповідають соціальним очікуванням (конформність). Студенти же з низькою схильністю до алкоголізму демонструють більшу цілісність системи ціннісних орієнтацій, у них уявлення про те, як треба поводитися, і та поведінка, яку вони демонструють у повсякденному житті, не розходяться між собою.

Для практичного вивчення особливостей формування алкогольної залежності та впливу алкоголю на психіку людини було організовано та проведено емпіричне дослідження. Вибірку дослідження склали відібрані рандомізованим чином 48 опитуваних юнацького віку (студенти ВНЗ), серед яких було 26 хлопців та 22 дівчат. Вік респондентів на момент опитування складав від 19 до 23 років.

Для дослідження особливостей формування алкогольної залежної поведінки студентів обрано такі методики: "Схильність до залежної поведінки" (В. Менделевич, призначена для діагностики схильності індивіда до розвитку в нього алкогольної та наркотичної залежності); "Спосіб виявлення алкогольної залежності" (В. В. Фролов); Опитувальник для виявлення ранніх ознак алкоголізму (К. К. Яхін, В. Д. Менделевич); Тест AUDIT (Тест на залежність від алкоголю, розроблений ВОЗ); Анкета ПАС (Виразність постінтоксикаційного алкогольного синдрому) (розроблена П. П. Огурцовим, А. Б. Покровським, А. Е. Успенським).

У ході аналізу результатів емпіричного дослідження встановлено, що більшість опитаних мають низький і середній рівні сформованості показників алкогольної залежності, для майже чверті опитаних властиві ознаки підвищеної схильності (вище за середній), і для 12,2 % респондентів характерні високі показники ймовірності формування алкогольної залежності. Переважна більшість опитаних студентів характеризуються показниками побутового пияцтва (46,1 %), ще 43,2 % опитаних мають показники здоров'я (відсутності алкогольної залежності), та для 10,7 % властивий стійкий рівень

алкоголізму. У 40,3 % респондентів помічено схильність до формування алкогольної залежності, у них виявлено середній рівень прояву симптомів постінтоксикаційного алкогольного синдрому. Для 36,1 % опитаних характерна відсутність показників алкогольної залежності, виявлені на основі ознайомлення їх із симптомами постінтоксаційного алкогольного синдрому. Ще для 23,6 % опитаних властивий високий рівень сформованості алкогольної залежності. Ці респонденти вказали 15 і більше показників постінтоксаційного алкогольного синдрому на наступний день після розпиття алкогольних напоїв.

Таким чином, на основі аналізу даних джерел наукової літератури та результатів емпіричних досліджень, встановлено психологічні особливості формування алкогольної залежної поведінки серед студентів і обґрунтовано потребу проведення відповідної психокорекційної роботи.

О. О. ЧЕЧЕНІНА
студент V курсу кафедри психології ПрАТ "ВНЗ "МАУП"
Науковий керівник: д-р мед. наук, доцент Н. В. Коляденко

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МАТЕРІВ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ ІЗ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

В теперішній час проблема материнства набуває все більшої актуальності, має виражений полідисциплінарний характер, стає значущим предметом наукових досліджень. Психологічно важко адаптуватися до соціальної ролі материнства взагалі, однак набагато складніше прийняти ситуацію народження дитини з вадами розвитку, або ж подальше діагностування в неї психоневрологічного захворювання, яке нерідко призводить до встановлення інвалідності. Патологічне сприйняття матір'ю ситуації захворювання дитини, подальше формування дисгармонійних внутрішньосімейних стосунків негативно відбивається на психічних станах всіх членів родини, особливо матері та дитини, спотворюючи модель їх взаємовідносин, порушуючи соціальну поведінку матері та ускладнюючи адекватну соціалізацію хворої дитини, що обумовило актуальність обрання теми даного дослідження.

Мета дослідження — визначити психологічні особливості матерів дітей із психоневрологічними захворюваннями та розробити відповідні способи психокорекції

Методологія даного дослідження заснована на персоналістичному підході до розуміння людини як цілісної біопсихосоціальної істоти в єдності її тіла, душі та духу.

За даними джерел наукової літератури, для матерів дітей з обмеженими можливостями характерні сумніви про цінність власної особистості для оточуючих, висока внутрішня конфліктність, самозвинувачення за народження дитини з вадами. Самоконтроль виступає у ролі допоміжного захисного механізму, який допомагає в приховуванні даних переживань. Матері хворих дітей мають низький рівень усвідомленості "Я", виявляють прагнення приховати від себе та інших неприємну інформацію. Виокремлюють такі психологічні особливості матерів хворих дітей, як: деформація самоставлення, що виражена його негативним емоційним тоном, невпевненістю в собі, внутрішнім конфліктом; патологічна система захисту, представлена інтенсивним та ригідним проявом захисних механізмів раціоналізації, реактивного утворення та проекції; неусвідомлене прагнення психологічного самозахисту, виражене в інтенсивному прояві соціальної бажаності та запереченні власних хвороб. Поверхневість адаптації може проявитись у вигляді важких патологій при зміні соціальних умов життя. Відповідно, матері хворих дітей

потребують надання психокорекційної допомоги, спрямованої на формування позитивного емоційно-ціннісного ставлення до себе, підвищення рівня усвідомлення, навчання адекватних форм поведінки тощо.

Для вивчення психологічних особливостей матерів, які виховують дітей із психоневрологічними захворюваннями, рандомізованим чином було сформовано основну групу досліджуваних на базі Спеціальної загальноосвітньої школи "Надія" для дітей із вадами фізичного та розумового розвитку, яка розташована в Солом'янському р-ні м. Києва, в ній навчається 250 дітей віком від 6 до 18 років з інвалідизуючими захворюваннями. До основної групи досліджуваних увійшли 38 матерів дітей шкільного віку — учнів СЗШ "Надія" з психоневрологічними захворюваннями. Контрольну групу склали 45 матерів практично здорових дітей шкільного віку, також відібраних шляхом рандомізації.Завіковим складом, рівнем освіти, місцем проживання та матеріально-побутовими умовамиосновна і контрольна групи досліджуваних були співставні. Однак в основній досліджуваній групі був більший відсоток неповних сімей. Так само більше матерів із вищою освітою було в контрольній групі, що можна розцінювати як те, що наявність хворої дитини дещо гальмує професійне зростання жінки.

В процесі дослідження використовувався блок валідних психодіагностичних тестів, підібраних таким чином, щоб доповнювати результати один одного, всебічно розкриваючи психологічні особливості матерів дітей з психоневрологічними захворюваннями. Даний блок складався із Тесту-опитувальника батьківського ставлення (ОРО) А. Я. Варги та В. В. Столина, методики дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда, Q-сортування в модифікації С. А. Будассі, а також особистісного опитувальника Г. Айзенка.

При дослідженні батьківського ставлення за опитувальником А. Я. Варги – В. В. Столина, виявлені певні психологічні відмінності між основною та контрольною досліджуваними групами. Найбільша статистично значуща різниця у відповідях матерів здорових і хворих дітей спостерігалася за Шкалою 1 "Прийняття-відкидання". Високі бали за цією шкалою, виявлені в основній досліджуваній групі, свідчать про те, що матері дітей із психоневрологічними захворюваннями сприймають своїх дітей негативно, оцінюють їх як невдах, недоумкуватих, відчувають до дитини роздратування та недовіру. Цікаво, що в контрольній досліджуваній групі бали за цією шкалою теж були досить високими, що потребує окремої уваги, однак бали основної групи перевищували їх майже вдвічі. За Шкалою 2 "Кооперація" — соціально бажаний образ батьківського ставлення — сирі бали та процентильні ранги в основній групі респондентів були статистично достовірно дещо вищими, ніж у контрольній групі, що вказує на певну недовіру до дитини та її несамостійність в основній групі досліджуваних. Так само статистично достовірно відрізнялися бали основної та контрольної груп за Шкалою 3 "Симбіоз", яка відображає міжособистісну дистанцію у спілкуванні з дитиною. Матері дітей із психоневрологічними захворюваннями значно в більшій мірі, ніж

матері практично здорових дітей, прагнуть до симбіотичних відносин із дитиною, бажають задовольнити всі її потреби, відгородити її від труднощів і неприємностей життя, постійно відчувають тривогу за дитину. Таким чином, діти з психоневрологічним захворюваннями почуваються загалом менш самостійними, ніж практично здорові діти. За Шкалою 4 "Авторитарна гіперсоціалізація" та Шкалою 5 "Маленький невдаха" обидві досліджувані групи показали низькі бали. При цьому, сирі бали за цими шкалами в основній досліджуваній групі були дещо вищими, ніж у контрольній, однак процентильні ранги тестових балів за даними шкалами в обох випадках виявилися рівними "0". Тобто, матерям дітей із психоневрологічним захворюваннями більше, ніж матерям практично здорових дітей, притаманний авторитаризм, всебічний контроль за дитиною. В певній мірі це може бути виправдане реальною розумовою або поведінковою неповноспроможністю хворої дитини. Однак подекуди таке ставлення може призводити до гіперопіки, і в такому разі мати сприймає дитину більш непристосованою, ніж насправді, намагається відгородити дитину від труднощів, контролювати навіть у дрібницях, і цим робить дитину більш інфантильною, підсилює її соціальну неспроможність. Деякі матері основної досліджуваної групи обирали відповіді "Моя дитина може вивести із себе будь-кого", "Виховання дитини — суцільне тріпання нервів", "Моя дитина виросте непристосованою до життя". Втім, хоча такі варіанти й зустрічалися в основній досліджуваній групі, на відміну від контрольної, — це проявлялося лише в деякому, хоча й статистично достовірному, підвищенні сирих балів, при тому що процентильні ранги тестових балів залишалися нульовими.

Дослідження за опитувальником соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда показало істотні, статистично значущі відмінності соціально-психологічної адаптації досліджуваних основної та контрольної груп (таблиця).

Тоді як в контрольній групі матерів практично здорових дітей окремі відхилення від норми спостерігалися лише за 4-ю та 5-ю шкалами, відображуючи певне несприйняття, негативне ставлення до інших та соціальної дійсності, в основній досліджуваній групі показники значно відрізнялися від норми за всіма шкалами. Перш за все, у матерів дітей із психоневрологічними захворюваннями виявлено порушення адаптивності, рівня пристосування людини до існування в суспільстві відповідно до вимог цього суспільства й до власних потреб, мотивів та інтересів, що видно з показників по 1-й шкалі.

Статистично істотно відрізняються від норми та показників контрольної групи дані за шкалою "дезадаптація", що свідчить про наявність у матерів хворих дітей невротизації, а також дисгармонії у сфері прийняття рішень, постійних неуспішних спроб реалізувати ціль. В основній досліджуваній групі, на відміну від контрольної, виявлено відхилення від норми показників за шкалою "брехні", що можна розцінювати як бажання покращити результати тестування.

Результати дослідження соціально-психологічної адаптації матерів дітей із психоневрологічними захворюваннями за опитувальником К. Роджерса – Р. Даймона

Шкала			Норма	Основна група	Контрольна група	*P*	*t*-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей
1	А	Адаптивність	68–136	149	128	< 0,05	148, 49
	В	Дезадаптивність	68–136	37	123	< 0,05	608, 11
2	А	Брехня –	18–36	15	19	< 0,05	28, 28
	В	+	18–36	13	19	< 0,05	42, 43
3	А	Прийняття себе	22–42	52	37	< 0,05	106, 07
	В	Неприйняття себе	14–28	2	22	< 0,05	141, 42
4	А	Прийняття інших	12–24	25	28	< 0,05	21, 21
	В	Неприйняття інших	14–28	7	10	< 0,05	21, 21
5	А	Емоційний комфорт	14–28	20	18	< 0,05	14, 14
	В	Емоційний дискомфорт	14–28	7	33	< 0,05	183, 85
6	А	Внутрішній контроль	26–52	57	48	< 0,05	63, 64
	В	Зовнішній контроль	18–36	11	37	< 0,05	183, 85
7	А	Домінування	6–12	12	10	< 0,05	14, 14
	В	Керованість	12–24	8	21	< 0,05	91, 92
8		Ескапізм (втеча від проблем)	10–20	2	21	< 0,05	134, 35

Відхилення від норми та статистично достовірні відміності від показників контрольної групи виявлено в основній групі досліджуваних за 3-ю шкалою ("прийняття-неприйняття себе"), що свідчить про занижену самооцінку матерів дітей із психоневрологічними захворюваннями, незадоволеність собою, самозвинувачення в захворюванні дитини. По шкалі "прийняття інших" показники основної та контрольної груп різняться статистично достовірно, однак у основної групи вони є лише трохи вищими за межі норми, що вказує на те, що, попри обмеження спілкування, у матерів хворих дітей зберігається потреба в ньому, вони тяжіють до взаємодії, спільної діяльності.

Звертає на себе увагу, що при наявності значних відхилень майже по всіх шкалах, матері дітей із психоневрологічними захворюваннями мають показники за шкалою "емоційний комфорт" в межах норми, що можна трактувати як визначеність в своєму емоційному ставленні до дійсності, що відбувається, оточуючих предметів та явищ. Однак за шкалою "емоційний дискомфорт" відхилення від норми значні, причому в бік зменшення показників. Можливо, такі результати свідчать про намагання сховатися від дійсності у віднай-

деній ніші емоційного комфорту, витіснити зі свідомості хронічну стресову ситуацію.

У матерів дітей із психоневрологічними захворюваннями виявлено високий рівень внутрішнього, інфернального контролю. Шкала "домінування" виявляє рівень прагнень до лідерства, керування в вирішенні завдань, як правило, особистісно значущі завдання вирішуються за рахунок оточуючих. Цікаво, що керованість у них менша, ніж в основній групі,так само як ескапізм, тоді як домінантність є вищою.

За опитувальником Г. Айзенка також отримано відмінності в показниках основної та контрольної досліджуваних груп. В обох групах показники брехні в межах норми, але якщо респонденти контрольної групи мають нульовий показник, то в основній групі він дорівнює 2, що, так само як і в попередніх дослідженнях, вказує на бажання матерів дітей з психоневрологічними захворюваннями покращити результати тестування. Що ж стосується екстра-інтраверсії, то у досліджуваних матерів практично здорових дітей показник екстравертованості є вищим за норму, а от матері дітей, хворих на психоневрологічну патологію, мають занижені показники, що межують з інтравертованістю. Особливо відрізняються основна іконтрольна досліджувані групи показником нейротизму, який у контрольній групі знаходиться в межах норми, а от в основній досліджуваній групі отримані результати свідчать про високий рівень нейротизму в матерів дітей, які мають психоневрологічні захворювання.

Порівняння основної досліджуваної групи матерів дітей, які мають психоневрологічні захворювання, та матерів практично здорових дітей, щодо співвідношення Я-ідеального та Я-реального, визначалося за методом Q-сортування за методикою С. А. Будассі. Для порівняння основної та контрольної груп вираховувався коефіцієнт кореляції рангів (індекс задоволеності собою) за формулою К. Роджерса. У досліджуваних матерів дітей, які мають психоневрологічні захворювання, відмічається значне неспівпадіння образів "Я"-ідеального та "Я"-реального, їх самооцінка виявилася дуже заниженою, тоді як в основній групі матерів практично здорових дітей вона була навіть завищеною. Різниця між показниками основної та контрольної груп досліджуваних є статистично достовірною (t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей дорівнює 42,43 при $p < 0,05$).

Психокорекція є важливим напрямком роботи психолога з матерями хворих дітей, які не завжди поінформовані про причини відхилень, методи психокорекції, взаємодії з дитиною, а також про подолання різних труднощів у навчанні, вихованні та спілкуванні з дитиною в сім'ї. Завданнями психокорекції є: гармонізація сімейних стосунків; корекція психічного стану матері; корекція дитячо-батьківських стосунків; допомога в адекватній оцінці можливостей дитини (як фізичних так і психологічних); навчання матері спеціальним корекційним і методичним прийомам, необхідним для проведення занять з дитиною в домашніх умовах; навчання матері спеціальним виховним прийомам, необхідним для корекції особистості дитини. Провід-

ними напрямками психологічної допомоги матерям, які виховують дитину з особливими потребами, є діагностичний, консультативний, корекційний, реабілітаційний, прогностичний, мультидисциплінарний.

З матерями дітей, які мають психоневрологічні захворювання, нами проводилася психокорекційна робота, спрямована на нормалізацію батьківських відносин, психологічного стану матері, сприйняття нею себе та своєї дитини, соціальну адаптацію.

В процесі психокорекційного втручання нами використовувалися: елементи психодрами (програвалися проблемні ситуації взаємин матерів із дітьми, внутрішньосімейних стосунків) з метою пошуку оптимальних моделей вирішення складних ситуацій; арт-терапевтичні методики (малювання, ліплення), спрямовані на нормалізацію сприймання та формування позитивного образу дитини, самосприймання, корекцію внутрішнього стану матерів хворих дітей; "командні" ігри (естафета, спільне малювання) — з метою корекції батьківських стосунків матері та дитини, формування довірливих відносин.

Після проведеної психокорекційної програми, дослідження батьківського ставлення матерів до своїх дітей, які мають психоневрологічні захворювання, за опитувальником А. Я. Варги – В. В. Столина показало, що матері основної досліджуваної групи, в результаті психокорекції, стали сприймати своїх дітей більш позитивно, що, насамперед, проявилося в зниженні балів за Шкалою 1 "Прийняття-відкидання". Незважаючи на те, що різниця показників до та після психокорекції виявилася статистично не достовірною (значення *t*-критерія Стьюдента менше *t*-критичного), загалом за всіма шкалами спостерігалася тенденція зміни показників у бік нормалізації. Тенденція покращення показників за Шкалою1 "Прийняття-відкидання" свідчить про те, що в результаті психокорекції відбувався процес нормалізації батьківських стосунків, позитивного ставлення матерів до своїх дітей. Матері дітей із психоневрологічними захворюваннями в процесі психокорекційних втручань навчилися сприймати дитину як самостійну значущу особистість, знаходити оптимальну дистанцію в спілкуванні з дитиною, поважати її самостійність.

Після психокорекції, дослідження за опитувальником соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда в динаміці показало істотні зміни всіх показників, зокрема, було досягнуто зміни показників адаптивності в бік нормалізації, і хоч ця різниця не є статистично значимою, тенденція до покращення рівня пристосування досліджуваних до соціального життя є досить вираженою, тим більше що статистично достовірно змінилися показники дезадаптації в бік норми. Тобто, в результаті психокорекції в матерів дітей, які мають психоневрологічні захворювання, зменшилися прояви невротизації, дисгармонії у сфері прийняття рішень, постійних неуспішних спроб реалізувати ціль.

В результаті проведеної психокорекції покращилися також показники самооцінки матерів дітей із психоневрологічними захворюваннями, збільшився рівень вдоволеності собою. Матері хворих дітей після психокорекції стали

більш відверто говорити про свої проблеми, визнавати їх, а не витісняти з свідомості. Вони психологічно стали більше налаштовані на конструктивне вирішення проблем. Загалом, так само як і за опитувальником А. Я. Варги – В. В. Столина, після психокорекції у досліджуваних матерів дітей з психоневрологічними захворюваннямипри дослідженні за опитувальником К. Роджерса – Р. Даймона спостерігалася зміна всіх показників соціально-психологічної адаптаціїв бік нормалізації. За опитувальником Г. Айзенка також отримано певні відмінності в показниках основної та контрольної досліджуваних груп, однак вони виявилисяя статистично не значимими, показник нейротизму зменшився з 17 лише до 15 балів. Втім, це свідчить також про виявлену тенденцію до нормалізації цього показника в результаті психокорекції. Також позитивною після психокорекції виявилася динаміка образу "Я" та самооцінки матерів дітей із психоневрологічними захворюваннями, досліджена за методикою Q-сортування в модифікації С. А. Будассі (коефіцієнт кореляції (задоволеності собою) після психокорекції: $r_{кор} = 0,61$).

Отримані нами результати досліджень дозволяють стверджувати, що, такі психодіагностичні методики, як Тест-опитувальник батьківського ставлення (ОРО) А. Я. Варги та В. В. Столина, методика дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда, особистісний опитувальник Г. Айзенка є валідними для дослідження психологічних особливостей матерів, які виховують дітей із психоневрологічними захворюваннями. Таким чином, дані методики можна рекомендувати для застосування медичним психологам, шкільним психологам, психологам-консультантам з метою визначення особистісних і внутрішньосімейних проблем таких матерів.

В разі роботи психолога з дитиною, яка має психоневрологічне захворювання, не варто обмежуватися зосередженням уваги лише на дитині, допомогу слід надавати комплексно, працювати з усією родиною, насамперед з матір'ю проблемної дитини, психологічне здоров'я якої знаходиться в прямій залежності від материнського ставлення.

Психологічна корекція, спрямована на оптимізацію психологічних особливостей матерів дітей із психоневрологічними захворюваннями, повинна бути спрямована на нормалізацію батьківських відносин, психологічного стану матері, сприйняття нею себе та своєї дитини, соціальну адаптацію, та вміщувати елементи психодрами, арт-терапевтичні методики, "командні" ігри, групові заняття.

С. В. ШЕВЧЕНКО
канд. психол. наук, доцент кафедри психології Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького

АНАЛІЗ ЕМОЦІЙНИХ ПРОЯВІВ У КОНТЕКСТІ ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТУДЕНТІВ: ТЕОРЕТИКО-ПРАКТИЧНИЙ АСПЕКТ ВИВЧЕННЯ

В студентському віці молодь володіє великими можливостями для напруженої розумової праці, цей період є заключним етапом вікового розвитку психофізіологічних і рухових можливостей організму, він характеризується інтенсивною роботою над формуванням своєї особистості та виробленням стилю поведінки. Це час пошуку відповідей на різноманітні етичні, естетичні, загальнокультурні, політичні та інші питання. Навчання у вищій школі потребує від студентів значних нервово-емоційних напружень, що сягають в період екзаменаційної сесії найвищої межі. Крім цього, ці напруження, поєднуючись з соціальними, побутовими, екологічними та іншими факторами, можуть призвести до різних функціональних та психічних зривів.

Практична і наукова актуальність проблеми емоційних проявів студентів полягає в необхідності розробки широкого спектру заходів медичного, соціально-психологічного та педагогічного плану, що, у свою чергу, передбачає виявлення невідомих раніше механізмів і закономірностей емоційних проявів на психологічному рівні.

Отже, мета даної роботи — дослідити емоційні прояви у студентів в контексті їх вікових особливостей.

Вимоги вищої освіти нерідко перевершують можливості студентів, що призводить до академічної неуспішності, низької професійної зацікавленості, викликають стан незадоволення, тривожності, психічної напруженості, що іноді призводить до стресу і депресії. Студентський вік характеризується розмаїттям емоційних переживань. Проте, сильна орієнтація на переживання сьогодення, висока мотивація досягнень витісняють зі свідомості студента можливі побоювання, пов'язані з наслідками тривалого стресу. У цей час обмежені також здібності до релаксації та відпочинку через ті ж переконання у невичерпності власних фізичних і психічних ресурсів. Стан внутрішньої напруги, як будь-яка надто емоційна подія або явище в житті людини, негативно впливає як на розумовий, так і на особистісний розвиток студента. Якщо психічна напруга буде продовжуватися досить довго, то разом з розвитком негативного досвіду може виникнути ситуація, у якій студент не захоче чи не зможе продовжити навчання у ВНЗ. Це пов'язано з тим, що психологічна

напруга може впливати на розвиток психічних процесів, а наслідком цього може бути відсталість у навчанні, ускладнення стосунків у групі та небажання відвідувати заняття.

Необхідно підкреслити, що перевищення інформаційного навантаження в процесі навчання, невідповідність його якості та кількості психофізіологічним та особистісним можливостям студентів, виникнення емоційно-стресових ситуацій (переживання у зв'язку з незадоволеністю вибором професії, дефіцит часу тощо) можуть негативно вплинути на його успішність, самопочуття та здоров'я. Найбільш часто доводиться стикатися зі станом стомлення.

На наявності стресового навантаження на особистість студентів в умовах навчання у вузах наголошувала й Т. І. Пашукова. На її думку, у студентів вони породжуються ситуаціями заліково-екзаменаційної сесій. Під час сесії зростає як тривожність, так і егоцентризм. У студентів-заочників стресові й дістресові стани виражені ще в більшій мірі, ніж у студентів стаціонарного відділення. Причиною тому служить більша кількість чинних стресорів, серед яких несформовані стосунки з викладачами, невпорядкованість побуту в приїжджих і порушення норм психічної гігієни в наслідок особливостей складання навчального плану (у перший половині дня студенти здають іспити або заліки, а в другій — зобов'язані бути присутніми на трьох-чотирьох лекційних парах).

Відповідно поставленій меті, нами було проведено експериментальне дослідження із залученням 283 студентів МДПУ імені Богдана Хмельницького за наступними методиками.

Методика "Опитувальник визначення рівня соціально-психологічного стресу" (авт. Л. Рідер, адапт. О. С. Копіною, Є. А. Сусловою, Є. В. Заікіним) спрямована на виявлення рівня прояву соціально-психологічного стресу у студентів. Після обробки даних у студентів були виділені 3 рівні прояву цього стану. У 50,18 % студентів виявлено середній рівень соціально-психологічного стресу. Це студенти, для яких є наявним переживання стресу, але разом із цим вони готові до подолання цього стану. 45,96 % респондентів продемонстрували низький рівень за цим показником. Для 3,86 % досліджувальних характерним є високий рівень соціально-психологічного стресу. В них чітко виявлений стан стресової напруги й вони не завжди можуть оцінити всі позитивні й негативні сторони ухвалених рішень.

Методика "Самооцінка психічних станів" (авт. Г. Айзенк, адапт. Є. П. Ільїним). Її мета — визначити серед студентів рівень прояву тривожності, фрустрованості, агресивності й ригідності, які в ряді випадків виступають проявами стресових. Обробка даних методики дала можливість одержати наступні результати. У 54,39 % опитаних виявлений середній рівень тривожності, що вказує на деяке уникнення ними ситуацій, які можуть порушити рівновагу та пов'язані з відчуттям безвихідності. У 42,81 % студентів домінує низький рівень цього стану. Вони не відчувають напруги або нервозності у зв'язку з навчанням у вузі. Для 2,80 % респондентів

характерний високий рівень тривожності. В них спостерігається наявність негативних емоцій, занепокоєння, тривога та разчарування у процесі навчання. Дослідження виявило, що 66,32 % респондентів продемонстрували середній рівень фрустрації, що свідчить про впевненість у правильності вчинків, відсутність коливань та сумнівів щодо правильності своїх дій лише за сприятливих умов середовища. У 25,61 % досліджуваних привалює низький рівень фрустрації, що вказує на стійкість їх до невдач, відсутність страху перед труднощами та впевненість їх в ситуації невизначеності. Для 8,07 % студентів характерне високий рівень прояву цього стану. Вони прагнуть уникати труднощів і бояться невдач, на шляху до досягнення конкретної цілі при наявності перешкод в них спостерігається домінування негативних переживань. Для 65,61 % опитаних характерним є середній рівень агресивності, що проявляється у варіативності їх поведінки, від стриманого стану до відновлення активності та нападу на оточуючих). У 27,37 % студентів виявлений низький рівень прояву цього стану, вони доброзичливі, привітні у взаєминах, відкриті для спілкування. Попри це, у 7,02 % респондентів діагностовано високий рівень агресивності. Ці студенти мають труднощі в спілкуванні й взаємодії з людьми, проявляючи недоброзичливість та озлобленість відносно інших. Встановлено також, що у 52,98 % опитаних домінує середній рівень ригідності, демонструючи спілкування та взаємини за старими стереотипами, що втратили функціональність, та використовуючи при цьому старі психологічні техніки. Для 42,46 % студентів характерним є низький рівень ригідності, вони проявляють динамічність, альтернативність при прийнятті рішень та готовність до змін своєї особистості в новому освітньому просторі. У 4,56 % опитаних домінує високий рівень ригідності. Для них характерним є незмінність поведінки, поглядів і переконань, навіть якщо вони розходяться й не збігаються з реальними обставинами життя. Вони не здатні відійти від стереотипних дій у нових ситуаціях.

Отже, в сучасних умовах зростання емоційної інтенсивності та напруженості життя студентів, коли різноманітні емоційні стреси стали з особливою силою діяти на особистість, виникло багато проблем, пов'язаних із зниженням рівня інтелекту, погіршенням емоційного стану та зниженням стресостійкості особистості. В зв'язку з цим, вбачаємо перспективу подальших досліджень в розробці й впровадженні ефективної системи заходів з покращення емоційних станів й проявів студентів.

ВИМОГИ ДО ПУБЛІКАЦІЙ

До публікації в Щоквартальному науковому часописі СНТ "GAUDEAMUS" "АКАДЕМІЧНА СТУДІЯ" ПрАТ "ВНЗ "МАУП" приймаються наукові матеріали, що є оригінальними самостійними працями і представляють собою результати власних теоретичних та(або) експериментальних досліджень авторів, представлені у вигляді тез або статей.

ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ ТЕЗ:

В лівому верхньому куті — прізвище та ініціали автора (жирним курсивом прописними літерами), науковий статус і місце роботи (навчання) (курсивом звичайними літерами). Далі посередині — назва роботи (жирним шрифтом прописними літерами). Після цього — текст розміром 3–5 сторінок, без переліку джерел. Структура тексту: актуальність дослідження, мета дослідження, методологія і методи дослідження, матеріали та методики дослідження, коротко основні результати дослідження, висновки. Текст друкується шрифтом Times New Roman, розмір 14, через 1 інтервал.

ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ:

В лівому верхньому куті — прізвище та ініціали автора (жирним курсивом прописними літерами), науковий статус і місце роботи (навчання) (курсивом звичайними літерами). Далі посередині — назва роботи (жирним шрифтом прописними літерами). Після цього — текст розміром 12–25 сторінок, з переліком використаних джерел з транслітерацією і посиланнями на них у тексті в квадратних дужках. Структура тексту: ключові слова та анотація на українській, російській та англійській мовах, актуальність дослідження, постановка проблеми, об'єкт, предмет, мета і завдання дослідження, методологія і методи дослідження, матеріали та методики дослідження, результати власних досліджень та їх аналіз, висновки, список використаних джерел українською мовою, список використаних джерел транслітерацією. Текст друкується шрифтом Times New Roman, розмір 14, через 1,5 інтервали.

Матеріали до публікацій надсилати на електронну адресу Голови редакційної колегії:

Коваленко Валерій Халілович
e-mail: tuman2014@ukr.net

Редакція здійснює літературне і наукове редагування матеріалів.

Права на надруковані матеріали залишаються за редакцією.

Відповідальність за зміст та оригінальність публікацій покладається на авторів.

Члени редакційної колегії можуть не поділяти точку зору авторів.

Публікації, подані у вигляді, що не відповідає даним вимогам, розглядатися не будуть і до друку не приймаються!!!

Наукове видання

АКАДЕМІЧНА СТУДІЯ

№ 1, 2018

Щоквартальний науковий часопис
студентського наукового товариства
"*GAUDEAMUS*".

Підп. до друку 14.03.18. Формат 70×100$^{1}/_{16}$. .
Ум. друк. арк. 9,35. Обл.-вид. арк. 6,70. Наклад 300 пр.

Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП)
03039 Київ-39, вул. Фрометівська, 2, МАУП

Видавець і виготовлювач
ДП "Видавничий дім "Персонал"
03039, Київ-39, просп. Червонозоряний, 119, літ. ХХ

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів
видавничої справи ДК № 3262 від 26.08.2008 р.