

І. Я. Коцан, Г. В. Ложкін, М. І. Мушкевич

**ПСИХОЛОГІЯ
ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ**

Міністерство освіти і науки України
Волинський національний університет
імені Лесі Українки

І. Я. Коцан, Г. В. Ложкін, М. І. Мушкевич

ПСИХОЛОГІЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Навчальний посібник

Редакційно-видавничий відділ “Вежа”
Волинського національного університету
імені Лесі Українки
Луцьк – 2011

УДК [159.9:613](075.8)

ББК 88.59я73+51.1я73

К 75

Рекомендовано Міністерством освіти і науки України як навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів III–IV рівнів акредитації (лист № 1.4/18-Г-2710 від 16.12.2008)

Рецензенти:

Воляннюк Н. Ю., доктор психологічних наук, професор;

Кочарян О. С., доктор психологічних наук, професор;

Павелків Р. В., доктор психологічних наук, професор

Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І.

К 75 Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана.— Луцьк: РВВ “Вежа” Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011.— 430 с.

ISBN 978-966-600-393-8

Подано системне узагальнення матеріалів про психічне здоров'я людини. Розглянуто принципи та факти поліпшення психічного здоров'я людини, основні аспекти взаємовпливу позитивних (негативних) емоційних станів, способи психологічного захисту, професійного довголіття, що може сприяти переглядові ставлення до способу життя особистості. Головною метою книги є цілісне охоплення проблем психології здоров'я.

Видання адресоване студентам вищих навчальних закладів, учням загальноосвітніх шкіл, ліцеїв, профтехучилищ, викладачам, батькам, а також усім тим, хто ще не усвідомив значення здоров'я як вищої цінності людини, родини, суспільства і майбутнього нації.

Представлено системное обобщение материалов о психическом благополучии человека. Рассмотрены принципы и факты улучшения психического здоровья человека, основные аспекты взаимовлияния положительных (отрицательных) эмоциональных состояний, способы психологической защиты, профориентации, профессионального долголетия, что может содействовать пересмотру отношения к образу жизни личности.

Издание адресовано студентам высших учебных заведений, учащимся общеобразовательных школ, лицеев, профтехучилищ, преподавателям, родителям, а также всем тем, кто еще не осознал значения здоровья как высшей ценности человека, семьи, общества и будущего нации.

Tutorial “The Psychology of Human Health” presents the systematic generalization of materials about the psychological human welfare. It considers the principals and facts of human psychological health improving, main aspects of positive (negative) emotional conditions interference, means of defense, vocational guidance and professional longevity. All these may further the revision of personal relation to habit of life.

The tutorial is addressed to students of educational institutions, to teaches, to parents as well as to everybody who for the present does not realized the importance of the heath as the great value for the individual, family, society and for future of all nation.

УДК [159.9:613](075.8)

ББК 88.59я73+51.1я73

ISBN 978-966-600-393-8

© Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І.,

2011

© Гончарова В. О. (обкладинка), 2011

© Волинський національний університет
імені Лесі Українки, 2011

ЗМІСТ

Передмова	5
-----------------	---

ЧАСТИНА I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЇ ЗДОРОВ'Я

Розділ 1. Предмет психології здоров'я

1.1. Поняття про психологію здоров'я	8
1.2. Місце психології здоров'я в інших галузях наукових знань	12
1.3. Здоров'я людини в контексті психології	17
1.4. Базові визначення стану здоров'я	23
1.5. Фактори підвищення рівня психічного здоров'я	29
1.6. Принципи забезпечення психічного здоров'я особистості	37

Розділ 2. Основні уявлення про здорову особистість

2.1. Еталони здоров'я та здорової особистості в історичному й сучасному вимірах	42
2.2. Модель здорової особистості в теоріях зарубіжних дослідників	51

Розділ 3. Внутрішня картина здоров'я

3.1. Основні складові частини внутрішньої картини здоров'я та її формування	70
3.2. Психічне здоров'я людини та позитивні емоційні стани.....	76
3.3. Психічне здоров'я людини й депресивні стани	80

ЧАСТИНА II. ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Розділ 4. Психологічні механізми забезпечення психічного здоров'я

4.1. Саморегуляція стану та поведінки в забезпеченні здоров'я.....	86
4.2. Самоконтроль стану і поведінки в забезпеченні здоров'я.....	90
4.3. Механізми компенсації в забезпеченні психічного здоров'я	96
4.4. Психогігієна і збереження здоров'я людини.....	99

Розділ 5. Психологічний захист особистості

5.1. Усвідомлення себе і свого місця у світі.....	105
5.2. Соціальне здоров'я особистості.....	110
5.3. Захисні реакції і механізми особистості	113

Розділ 6. Особистість і стрес

6.1. Поняття психологічного стресу та причини його виникнення	122
6.2. Поняття професійного стресу та причини його виникнення.....	128
6.3. Особливості поведінкових реакцій людини у стресових ситуаціях ..	135

Розділ 7. Психологія впевненості особистості

7.1. Поняття про віру та довіру	142
7.2. Класифікація довірливих стосунків	146
7.3. Психологічні особливості впевненої в собі особистості	151

Розділ 8. Психологія професійного довголіття

8.1. Основні шляхи розвитку особистості професіонала	156
8.2. Розробка гуманістично орієнтованої моделі професійного розвитку.....	161
8.3. Особливості психології дорослих людей у різні періоди життя.....	166
8.4. Шляхи продовження професійного довголіття.....	172

ЧАСТИНА ІІІ. ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ЗДОРОВ'Я

Розділ 9. Професійна діяльність психолога в психології здоров'я

9.1. Мета і завдання фахівця-психолога в галузі здоров'я.....	178
9.2. Етико-психологічні принципи роботи в сучасній індустрії здоров'я	180

Розділ 10. Психодіагностика стану здоров'я особистості

10.1. Орієнтована оцінка здорової поведінки.....	186
10.2. Орієнтована оцінка емоційного благополуччя	187
10.3. Аутоаналітичний опитувальник здорової особистості	188
10.4. Дослідження особистості біографічним методом	191
10.5. Методика дослідження впевненості на усвідомлюваному рівні.....	195
10.6. Методика дослідження локусу контролю (ЛК) (Дж. Роттера).....	197
10.7. Тест-опитувальник особистісної зрілості.....	200
10.8. Тест на професійний стрес	214
10.9. Діагностика смислових життєвих орієнтацій.....	217
10.10. Методика діагностики ступеня задоволеності основних потреб ..	221
10.11. Психодіагностика самотності	222
10.12. Проективний метод психодіагностики ВКЗ.....	224
10.13. Методика визначення ризику здатності до суїцидальності.....	229
10.14. Опитувальник на “вигорання” МВІ	231
10.15. Методика дослідження емоційно-особистісних особливостей (опитувальник Ольшаннікової-Рабінович).....	233
10.16. Міссіпська шкала для ПТСР	235
10.17. Методика діагностики ставлення до інших людей з інвалідністю.....	239
10.18. Методика визначення типу акцентуації рис характеру та темпераменту К. Леонгарда і Х. Шмишека	240
10.19. Тест акцентуації характеру	245
10.20. Методика діагностики рівня шкільної тривожності Філіпса	268
10.21. Діагностика типів ставлення до хвороби.....	273

Висновки	290
Список рекомендованої літератури.....	291
Список додаткової літератури	291
Додатки.....	297
Предметний покажчик	306
Покажчик імен	312

ПЕРЕДМОВА

Традиційно сучасна людина займається лікуванням хвороби, а не запобіганням їй. У результаті відбувається боротьба з хворобами на тлі поступового згасання організму. У той же час сьогодні акцент робиться на тому, що поліпшення стану здоров'я залежить від розумової діяльності самої людини щодо відновлення і розвитку життєвих ресурсів.

Відповідно до формулювання Всесвітньої організації охорони здоров'я, людське здоров'я – це не просто відсутність хвороби, а повне фізичне, душевне та соціальне благополуччя. У світлі цього формулювання людина є автором власного здоров'я, а в справі його збереження вона виконує основну роль, що визначається зрілою самосвідомістю індивіда й повагою до свого єства. Останнє виражається гармонійною стратегією поведінки, що прийнято називати “здоровим способом життя”.

Психічне здоров'я забезпечується на різних, але взаємозалежних рівнях функціонування: біологічному, психологічному і соціальному. Здоров'я на біологічному рівні передбачає динамічну рівновагу функцій усіх внутрішніх органів та систем, їхнє адекватне реагування на вплив навколишнього середовища.

Здоров'я на психологічному рівні пов'язане з особистістю людини. Психічне здоров'я може бути порушене домінуванням негативних за своєю сутністю рис характеру, дефектами в моральній сфері, неправильним вибором ціннісних орієнтацій тощо.

Перехід від психічного до соціального рівня дуже умовний. Психічні властивості особистості не існують поза системою суспільних відносин, у яку вона включена. Людина розглядається на цьому рівні насамперед як істота суспільна. І, відповідно, тут на першому плані – питання впливу соціуму на здоров'я особистості. Психічне здоров'я зазнає впливу із боку різних соціальних зв'язків, у тому числі родини, спілкування з друзями й родичами, роботи, дозвілля, релігійних та інших організацій. Наслідки цих впливів можуть носити як позитивний, так і негативний характер. Лише люди зі здоровою психікою звичайно почувають себе активними учасниками в соціальній системі. Вихована занедбаність і несприятливі умови навколишнього середовища стають причиною різних форм неадекватної та нездорової поведінки людини в суспільстві.

Навчальний посібник “Психологія здоров'я людини” являє собою системне узагальнення матеріалів про психічне благополуччя людини. У ньому розглянуто принципи та факти поліпшення

психічного здоров'я людини, основні аспекти взаємовпливу позитивних (негативних) емоційних станів, способи психологічного захисту, профорієнтації, професійного довголіття, що може сприяти переглядові ставлення до способу життя особистості. Головною метою книги є цілісне охоплення проблем психології здоров'я. Відображенням цього є структура книжки.

Посібник складається з трьох частин, де перші дві частини – теоретичного спрямування, а третя – практична.

Теоретичні частини включають у себе вісім розділів.

Розділ 1 присвячений психологічним основам здорової особистості, принципам і факторам, що сприяють підвищенню рівня психічного здоров'я людини.

Розділ 2 містить погляди відомих закордонних і вітчизняних психологів, теорії, присвячені процесам самовдосконалення особистості. Розглядаються характеристики психічного здоров'я самоактуалізованих, нестандартних особистостей.

Розділ 3 містить питання формування внутрішньої картини здоров'я, а також взаємовпливу позитивних або негативних емоційних станів на здоров'я людини.

У *4-й розділ* включено питання про психологічні механізми забезпечення здоров'я, роль самоконтролю і компенсації в протіканні психічних процесів людини.

У *розділі 5* викладено уявлення про психологічні захисні здібності особистості. У структурі особистості значний інтерес викликають запропоновані З. Фрейдом і вивчені сучасними психологами захисні механізми.

Розділ 6 присвячений розглядові впливу стресу на людину, а також особливостям й аналізу поведінкових реакцій людини.

Розділ 7 розкриває питання психології впевненості, поняття про віру й довіру, види довірливих відносин людини.

Заключний *розділ 8* присвячений професійному довголіттю, основним варіантам та етапам розвитку професіонала, особливостям психології дорослих людей.

Третя частина посібника містить відомості, що розкривають практичний напрям психології здоров'я. Професійні тести дають змогу розглянути ставлення людини до власного здоров'я, способу життя, рівень емоційного благополуччя, простежити динаміку життєвого шляху.

У книзі використано матеріали таких оригінальних праць, як “Психологія здоров'я людини” (Психология здоровья человека / Г. В. Ложкин, О. В. Носкова, И. В. Толкунова / Под. ред. В. И. Нос-

кова.— Севастополь: Вебер, 2003.— 257 с.), *“Психологія здоров’я”* (Психологія здоров’я: учебник для вузов / Под. ред. Г. С. Никифорова.— СПб.: Питер, 2003.— 607 с.), *“Психологія здоров’я: теорія і практика”* (Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров’я: теорія і практика.— Л.: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006.— 338 с.), *“Психологія здоров’я ”* (Психологія здоров’я: Навчальний посібник. — Чернівці: книги — ХХІ, 2009. — 296 с.).

Психологія здоров’я — галузь людинознавства, новий науковий напрям, який сформувався і має велике значення як для системи психологічного, так і для медичного знання. Відповідно, це зумовлює гостру необхідність вивчення майбутніми психологами психологічної проблематики здоров’я людини. Включення нової психологічної дисципліни до програм підготовки спеціалістів-психологів ставить у центр уваги визначення змістової структури навчального курсу.

Загальна мета пропонованого посібника передбачає вирішення конкретних завдань:

- аналіз і систематизація теоретичних моделей та емпіричних досліджень у вітчизняній і зарубіжній психології здоров’я;
- поглиблення розуміння багатомірного феномену здоров’я та термінологічної складності в позначенні того чи іншого його аспекту;
- оволодіння психологічними методами відновлення та збереження здоров’я людини;
- стимуляція відповідальності за своє здоров’я;
- формування прагнення до здорового способу життя;
- усвідомлення потреби свого існування та існування людства в цілому.

Вивчення дисципліни базується на загальних знаннях філософії, соціології, біологічних наук, соціального (суспільного) здоров’я, медичної соціології, медичної антропології. З циклу психологічної підготовки базою вивчення виступають історія психології, психологія особистості, диференційна психологія, психологія розвитку, психофізіологія, дитяча та вікова психологія, медична психологія, соціальна психологія, інженерна і промислова психологія, психологія спорту, авіаційна психологія, дефектологія, психогігієна.

“Психологія здоров’я” входить до блоку медико-психологічних дисциплін, тому зміст курсу співвідноситься зі змістом наукової спеціалізації “медична психологія”, читається паралельно або після вивчення медичної (клінічної) психології. Домінуючою орієнтацією у викладанні курсу виступає навчання студентів умінню інтегрувати отриману інформацію в цілісну систему уявлень про людину та її

поведінку, умінню здійснювати ситуативну і системну оцінку психологічного факту, явища, пов'язаного зі здоров'ям людини.

Частина I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ

ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЇ ЗДОРОВ'Я

Розділ I. ПРЕДМЕТ ПСИХОЛОГІЇ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття про психологію здоров'я

Усебічна повнота людського життя обумовлюється здоров'ям. Насолода життям припускає наявність здоров'я. Наше здоров'я залежить від безлічі причин, в основі яких так чи інакше лежать соціально-психологічні закономірності. Основними, визначальними факторами здоров'я є:

- спосіб життя – 50 %;
- навколишнє середовище – 20 %;
- генетичні (спадкові) фактори – 20 %;
- медичні фактори – 10 % [11, 10].

Однак, якщо людина навчиться усвідомлювати і контролювати свою поведінку, емоції, думки, то вона зможе навчитися зберігати оптимальну вагу, гармонізувати сімейні й сексуальні відносини, рятуватися від звичок, що заважають повноцінно жити. Через пізнання і поліпшення психологічного складника здоров'я ми маємо шанс зміцнювати й удосконалювати саму людину та її здоров'я. Розширення рамок свідомості неминує приводить до розуміння людиною її здібностей і можливостей, що може спонукати жити настільки повно, наскільки динамічним буде процес усвідомлення реалізації свого потенціалу [11, 11].

Нині, як у нашій країні, так і за кордоном, формується науковий напрям – “Психологія здоров'я”. У 70-х роках минулого століття саме цей термін було запропоновано для окреслення нової сфери застосування психології. Термін отримав загальне визнання, і його прийняття стало чимось більшим, ніж просто виділення певної сфери застосування психології. Відбулася зміна орієнтації, перенесення акценту з хвороби на здоров'я і його детермінанти.

“Батьком” психології здоров'я вважають видатного американського психолога Д. Матараццо (Josef Mattarazzo), а “батьківщиною” – Сполучені Штати Америки. Назва, запропонована Д. Матараццо, є

загальноприйнятою і цитованою у текстах. Що стосуються самого поняття психології здоров'я, то в цілому воно має таке визначення: **психологія здоров'я** – це цілісність специфічного, освітнього, наукового та професійного внеску психології як дисципліни в промоцію і підтримку здоров'я, запобігання та лікування хвороб, розпізнавання етіологічних й діагностичних корелятів здоров'я, хвороби і подібних дисфункцій, а також внесок до аналізу та оптимізації системи охорони здоров'я і формування оздоровчої політики [3, 40; 17]. Наведена дефініція визначає психологію здоров'я як сферу різного типу діяльності психологів у галузі здоров'я і хвороби, однаковою мірою як освітньої, що полягає у поширенні психологічних знань, так і наукової, що спрямована на збільшення цих знань, а також професійної, тобто їх використання.

Значно простіше пояснює предмет психології здоров'я Ш. Тейлор (Shelley Taylor) в одному з перших підручників із психології здоров'я (1986): **психологія здоров'я** є галуззю психології, що вивчає вплив психологічних чинників на спроможність людей залишатися здоровими, окреслює їх значення в появі хвороб, а також їхню роль у формуванні поведінки людей під час хвороби [3, 27; 19].

Загальноприйнятого визначення психології здоров'я поки що немає. Зазначимо лише, що до цього поняття неодноразово звертали-ся такі сучасні дослідники, як В. Ананьєв, Н. Водоп'янова, І. Галецька, І. Гурвич, О. Корнієнко, Г. Ложкін, С. Максименко, Н. Максимова, К. Мілютіна, Г. Никифоров, В. Носков, В. Піскун, Т. Сосновський, М. Тимофієва, О. Двіжона, Н. Шевченко та ін. Наведемо окремі, відмінні й взаємодоповнюючі до вищеназваних точки зору щодо визначення поняття психології здоров'я.

Психологія здоров'я – це галузь психологічної науки, предметом якої є вивчення психологічних причин, методів і засобів збереження, зміцнення і розвитку здоров'я людини.

Психологія здоров'я – це міждисциплінарна область дослідницької і практичної діяльності, що займається підвищенням загального рівня здоров'я населення (попередження хвороб (профілактика), продовження, життя, поліпшення самопочуття) за допомогою соціальних заходів або за допомогою впливу на систему охорони здоров'я в цілому [16].

Психологія здоров'я – це комплекс специфічних освітніх, наукових і професійних основ психології як наукової дисципліни, яка спрямована на збереження і підтримку здоров'я, попередження та ліку-

вання хвороб, ідентифікацію етіологічних і діагностичних корелятив здоров'я, хвороби та пов'язаних із нею дисфункцій, а також аналіз і покращення системи охорони здоров'я та формування стратегії (політики) здоров'я.

Психологія здоров'я – сукупність базових знань із психології, які допоможуть віднайти застосування для розуміння здоров'я і хвороби [12, 27].

Психологія здоров'я – галузь науки, яка включає в себе теорію і практику попередження різних психосоматичних та психологічних захворювань; заходи із корекції індивідуального розвитку й адаптації до умов (вимог) соціального життя; створення умов для реалізації потенційних можливостей людини, її задоволеності життям і надання психологічної допомоги під час завершення життєвого шляху.

Психологія здоров'я – міждисциплінарна галузь психологічних знань про причини захворювань, фактори здоров'я, умови розвитку індивідуальності протягом усього життєвого шляху людини [2; 12, 5].

Психологія здоров'я – це наука про психологічні причини здоров'я, про методи і засоби його збереження, зміцнення та розвитку. Психологія здоров'я включає практику підтримки здоров'я людини від її зачаття до смерті [1; 8, 1].

Сучасна практична психологія наблизилася до розуміння необхідності вирішення завдань психологічного супроводу людини протягом усього життєвого шляху, і з цієї точки зору **психологія здоров'я** – наука про психологічне забезпечення здоров'я людини протягом усього її життєвого шляху [12, 27].

Психологію здоров'я можна визначити у вузькому і широкому сенсі [19]. *Вузьке визначення* – приватна психологічна дисципліна, що займається:

- 1) профілактикою та охороною здоров'я;
- 2) запобіганням хворобам;
- 3) виявленню форм поведінки, що підвищують ризик захворювання;
- 4) удосконаленням системи охорони здоров'я.

Широке визначення – науковий і педагогічний внесок психології у:

- 1) профілактику й охорону здоров'я;
- 2) запобігання і лікування хвороб;

- 3) виявлення форм поведінки, що підвищують ризик захворювання;
- 4) постановку діагнозу і виявлення причин порушення здоров'я;
- 5) реабілітацію;
- 6) вдосконалення системи охорони здоров'я.

Таким чином, психологія здоров'я включає в себе практику підтримки здоров'я людини протягом усього життєвого циклу і становить психологічну базу в науковій парадигмі валеології.

Сьогодні психологія здоров'я – одна із найдинамічніших у своєму розвитку галузей психології. Це зумовлено не лише визнанням сучасним суспільством значущості поведінки, пов'язаної зі здоров'ям і якістю життя, а також зростанням розуміння та переконання, що для підтримки здоров'я недостатньо лише традиційної медичної системи. Суттєву роль відіграють багато інших чинників, таких як стиль життя, дотримання здоров'єорієнтованої поведінки, профілактика, просвіта здоров'я, формування здоров'єорієнтувальних переконань та ін. Важливим є аналіз біологічних, культуральних і соціально-економічних чинників, таких як стать, вік, освіта, місце проживання чи соціально-економічний статус. Усі ці аспекти перебувають у фокусі уваги сучасної психології, соціології та психології здоров'я.

Як навчальна дисципліна психологія здоров'я включає такі **завдання**:

1. Підвищення рівня психологічної культури й аналіз психологічних факторів збереження і зміцнення здоров'я.
2. Розробка змісту психічного здоров'я, його критеріїв та факторів.
3. Дослідження взаємозв'язків і взаємовпливів усіх складників здоров'я (біологічного, психічного, соціального).
4. Формування нових уявлень та установок на здоров'я і здоровий спосіб життя.
5. Розвиток творчого ставлення до свого здоров'я.
6. Психологічні механізми здорової поведінки.
7. Формування внутрішньої картини здоров'я.
8. Психологічні механізми стресостійкості.
9. Гендерні аспекти психічного і соціального здоров'я.
10. Дитяча та шкільна психологія здоров'я.
11. Психологічні особливості професійного здоров'я.
12. Обґрунтування методів психологічного впливу на зміцнення і поліпшення стану здоров'я особистості.

Одним з основних **завдань** психології здоров'я є розробка способів мотивації людини до збереження і зміцнення свого здоров'я. У цьому зв'язку становлять інтерес такі **фактори мотивації здорового способу життя**:

- знання того, які форми поведінки сприяють нашому благополуччю і чому;
- позитивне ставлення до життя, погляд на життя, як на свято;
- розвинуте почуття самоповаги, усвідомлення того, що ти гідний насолоджуватися всім найкращим, що може запропонувати життя.

Практичне завдання психології здоров'я – створення простих і доступних для самостійного застосування тестів із дослідження здоров'я та початкових стадій захворювання, з метою формування різноманітних профілактичних програм.

Завдання досліджень психології здоров'я:

- визначення базових понять психології здоров'я;
- дослідження і систематизація критеріїв психічного і соціального здоров'я;
- методи діагностики, оцінки та самооцінки психічного та соціального здоров'я;
- розробка простих і доступних тестів на визначення здоров'я та початкових стадій захворювання;
- вивчення чинників здорового способу життя та чинників, які наливають на ставлення до здоров'я;
- формування внутрішньої картини здоров'я;
- корекція індивідуального розвитку;
- профілактика психічних та психосоматичних розладів;
- дослідження станів перед хвороби особистості та можливостей їхньої профілактики та корекції;
- розробка концепції здорової особистості;
- визначення шляхів та умов для самореалізації, самоздійснення, розкриття духовного і творчого потенціалу особистості;
- дослідження психологічних механізмів стресостійкості;
- вивчення соціально-психологічних чинників здоров'я;
- гендерні аспекти психічного та соціального здоров'я;
- розробка індивідуально-орієнтованих оздоровчих програм;
- дитяча та шкільна психологія здоров'я;

- психологічне забезпечення професійного здоров'я;
- психологія довголіття, профілактика старіння;
- психологічна допомога при завершенні життєвого шляху.

Головною метою психології здоров'я є всебічне вдосконалення людини. Поняття “вдосконалення” означає постійно рушійний процес, який принципово не має завершення. Психологія здоров'я покликана визначати вектор руху нескінченного процесу розвитку людини до реального ідеалу.

Об'єктом психології здоров'я є “здорова”, а не “хвора” особистість.

Предметом психології здоров'я є вивчення психологічних основ здорового способу життя з метою збереження та поліпшення здоров'я людини. Предмет розглядається широко, охоплює промоцію та охорону здоров'я, а також профілактику й лікування хвороб, зокрема їх чинники, причини та ідентифікатори (“етіологічні й діагностичні кореляти”).

Сферою психології здоров'я є не лише здоров'я індивідів, а й уся система охорони здоров'я [3, 26–27].

Перспективними напрямками психології здоров'я є вивчення механізмів здоров'я, розвиток діагностики здоров'я (визначення рівнів здоров'я) і станів, що перебувають на межі норми й патології, ставлення системи охорони здоров'я та профілактики до здорового населення.

Отже, психологія здоров'я вивчає людину в її єдності зі світом, оскільки суть людини трансперсональна (інтегрована, перехідна). Тому *психологія здоров'я* - це інтеграція науки, мистецтва та релігії. Вона опирається на теорію та практику попередження розвитку різних захворювань і включає також заходи з пояснення, створення особистісних умов індивідуального розвитку, адаптації та компенсації відповідно до життєвого середовища. Психологія здоров'я забезпечує психологічну адаптацію людини в суспільстві, сприяє її самореалізації, підвищенню якості життя, здійснює психологічну допомогу при завершенні життєвого шляху.

Філософською основою психології здоров'я є теоретико-методологічні підходи:

- антропологічний (розглядає людину в її цілісності);
- аксіологічний (передбачає пріоритет здоров'я як базової цінності);

- системний (дозволяє створити систему формування здорової особистості);
- культурологічний (залучення досвіду попередніх поколінь із метою збереження і розвитку здоров'я людини і суспільства);
- діяльнісний (передбачає реалізацію накопичених знань через різні види діяльності з метою вдосконалення себе і (ночуючої дійсності);
- етика, естетика (моральні норми поведінки).

В Україні психологія здоров'я як новий і самостійний науковий напрямок лише починає своє становлення. Як виділяють О.В. Двіжона та М.П. Тимофієва, провідними установами можна назвати кафедру психодіагностики та медичної психології Київського національного університету ім. Т.Г. Шевченка [Двіжона].. Основними напрямками дослідження вчених кафедри Л.Ф. Бурлачука, С.В. Васьківської О.В. Корнієнко, є дослідження психосоматичних, особистісних і соціально-психологічних аспектів життєдіяльності, які є регуляторами психічного здоров'я людини, проблема підтримання психосоматичного здоров'я людей різного вікового періоду, технологія консультування психосоматичних хворих.

Сучасні наукові досягнення у дослідженні аспектів психології здоров'я має Інститут психології імені Г.С. Костюка АПН України. Наукові діячі М.Й. Боришевський, Н.І. Волошко, З.Г. Кісарчук, О.М. Кокун, С.Д. Максименко, Н.Ю. Максимова, К.Л. Мілютіна, В.М. Піскун займаються дослідженням питань з покращення психічного здоров'я людини, психології здорового способу життя особистості. Важливим завданням, на яке спрямована діяльність інституту, є розробка теоретико-методологічних засад психологічної науки з урахуванням сучасних світових тенденцій її розвитку.

Діяльність кафедри медико-психологічного факультету національного медичного університету ім. О.О. Богомольця спрямована на дослідження особливості психічного здоров'я людини та дослідження особливостей педагогічної психології.

Активно співпрацює з Інститутом соціогуманітарних проблем людини Західного наукового центру НАН України та МОН України кафедра психології Львівського національного університету імені І. Франка, в рамках цієї співпраці проводиться дослідження теми «Здоров'я нації».

Основними напрямками наукових розробок та досліджень викладачів кафедри психології та психодіагностики Волинського національного університету імені Лесі Українки є психологія здоров'я, психологія тілесності, формування позитивного Я-образу.

Комплексною темою наукової роботи кафедри психології та соціології Буковинського державного медичного університету є «Формування мотивації та установок на збереження психічного та психологічного здоров'я сільської молоді». Об'єктом вивчення є етнопсихологічні, соціально-психологічні, ціннісні та мотиваційні чинники збереження психічного та психологічного здоров'я у сільської молоді. Результати дослідження опубліковані в фахових виданнях України, Чехії, Болгарії.

В контексті наукової теми «Становлення та функціонування особистості в особливій ситуації соціального розвитку: клініко-психологічні та фізіологічні аспекти» проводять дослідження викладачі кафедри психофізіології та медичної психології Чернівецького національного університету ім. Ю.Федьковича.

1.2. Місце психології здоров'я в інших галузях наукових знань

Із точки зору Д. Матараццо, слід звернути увагу на найбільш природні та плідні зв'язки психології здоров'я з іншими психологічними дисциплінами. До них належать експериментальна і клінічна психологія, психіатрія та педіатрія, соціальна психологія, психологія розвитку, психофізіологія й інші. Також є спільні точки перетину із дієтологією, біологією та соціальною роботою. На думку того ж Д. Матараццо, існує чотири галузі знань, які найбільш повноцінно насичують психологію здоров'я та визначають її дослідницький контекст: епідеміологія, соціальне здоров'я, медична соціологія, медична антропологія [12, 28–30].

1. Епідеміологія вивчає поширення і частоту виникнення тих чи інших захворювань. Спеціалісти цієї галузі досліджують виникнення хвороби, її поширення серед населення та оцінюють отримані дані за критеріями віку, статі, расових і культурних відмінностей; крім того, беруться до уваги час і територія поширення хвороби. Вони також намагаються відповісти на основне питання: чому те чи інше

захворювання поширюється саме так, а не інакше. Епідеміологія, отримуючи дані, використовує наступну низку основних понять: смертність, захворюваність, поширення, охоплення, епідемія тощо. Деякі з цих термінів використовуються у поєднанні зі словом “коефіцієнт” (зазначення кількісного показника).

2. Інша дисципліна, яка має велике значення для психології здоров’я – *суспільне (соціальне) здоров’я*. Ця галузь пов’язана зі збереженням та зміцненням здоров’я населення шляхом відповідно організованих заходів. Спеціалісти, які займаються цим напрямом роботи, розробляють і реалізують програми з імунізації, санітарії, просвіти у питаннях здоров’я. Ця галузь досліджує хворобу та здоров’я у контексті спільноти як соціальної системи. Успішність реалізації розроблених програм й особливості реагування на них тих, для кого вони призначені, становить великий інтерес для спеціалістів із психології здоров’я.

3. Медична соціологія досліджує широкий спектр проблем, пов’язаних зі здоров’ям, у тому числі вплив соціальних взаємовідносин на поширення хвороб, культурні й соціальні реакції на них, соціоекономічні фактори звертання за медичною допомогою та особливості організації медичних служб.

4. Медична антропологія зорієнтована на проведення крос-культурних досліджень із питань здоров’я та хвороби. Спеціалісти цієї галузі займаються питаннями: як люди, котрі належать до різних культур, реагують на хворобу і які методи вони використовують для лікування хвороб, а також, як побудована в них система охорони здоров’я тощо.

На думку І.Н. Гурвич, незважаючи на те, що психологія здоров’я має деякі точки перетину із психоаналітичною та психосоматичною традиціями, а також “генетичний зв’язок” із медициною, вона залишається насамперед психологічною наукою, яка ґрунтується на загальній теорії психології та тісно пов’язана із низкою її галузей. До них належать:

- психофізіологія;
- дитяча та вікова психологія;
- медична психологія;
- соціальна психологія;
- інженерна та промислова психологія;
- психологія спорту;

- авіаційна психологія;
- дефектологія [6].

Прямий інтерес для психології здоров'я становлять, як продовжує автор, різноманітні розділи **соціології**:

- девіантна поведінка;
- культура;
- масова культура;
- соціальна медицина тощо.

Очевидним є зв'язок психології здоров'я та **психогігієни** [12, 30]. Деякі автори навіть не схильні розмежовувати ці поняття, вважаючи їх синонімічними. *Психогігієна* визначається ними як наука про забезпечення та збереження психічного здоров'я, тобто наука, яка включає в себе систему заходів, спрямованих на збереження та зміцнення психічного здоров'я людини. Тісно взаємодіючи із профілактикою і психотерапією, психогігієна являє собою самостійний розділ медичної науки. Вона включає такі розділи: вікова психогігієна, психогігієна праці та навчання, психогігієна побуту, психогігієна сім'ї і статевого життя, психогігієна хворого. І все ж таки повне ототожнення цих наукових напрямів, із точки зору Г. С. Нікіфорова, не є виправданим. Поняття “психологія здоров'я” є значно ширшим, ніж психогігієна чи психопрофілактика. Психологія здоров'я включає теорію і практику попередження розвитку різноманітних захворювань (нервово-психічних, соматичних), однак це не є її обмеженим колом зору. У сферу її інтересів входять питання: створення особистісних умов індивідуального розвитку; забезпечення психологічної адаптації особистості в суспільстві, що передбачає розвиток особистісних властивостей, які є необхідними індивідууму для встановлення гармонійних соціальних зв'язків; самореалізація та всестороннє вдосконалення людини, підвищення якості її життя, у тому числі надання психологічної допомоги під час завершення життєвого шляху та смерті.

Представники **валеології** пропонують синоніми “психології здоров'я” такі поняття, як “валеопсихологія”, “валеологічна психологія” [12, 30]. Відповідно до цього психологія здоров'я трактується як один із розділів валеології, спрямований на вдосконалення механізмів психосаморегуляції для підвищення психоемоційної стійкості, стресостійкості та зміцнення психічного компонента здоров'я. Один із

основоположників валеології І. І. Брахман, стверджує, що важливим моментом виступає розробка ефективних методів навчання здоров'ю, що ставить перед **медициною, педагогікою та психологією** непосильні завдання. На думку автора, в науці про здоров'я, яка народжується на перетині низки наук, існує крайня необхідність усвідомлення нового наукового напрямку - психологія здоров'я, який повинен зайняти центральне місце [12, 30].

У книзі І. Галецької та Т. Сосновського "Психологія здоров'я: теорія і практика" автор одного з розділів І. Гешен представляє психологію здоров'я з двох боків – як галузь досліджень та як галузь практичного застосування [3, 34–39].

Психологія здоров'я як галузь досліджень. І. Гешен [3] подає загальну характеристику психології здоров'я як галузі досліджень, окреслюючи сферу і структуру її проблематики, а також теоретичну базу. В цілому в психології здоров'я можна виділити дві широкі галузі.

- Перша з них – це **медична психологія** (*medical psychology*), яка виокремилася раніше і займається психологічними аспектами хвороб, доробок якої було віднесено до сфери психології здоров'я. Центром практичної діяльності тут є хвора людина.

- Друга галузь окреслюється як **біхевіоральне здоров'я** (*behavioral health*) і концентрується на психологічних корелятах здоров'я, а також на здійсненні впливу на здорових людей [3, 34–35].

Психологія здоров'я як галузь практичного застосування. У сучасних виразних тенденцій до поєднання здоров'я і хвороби на одному континуумі, обґрунтованим є також виділення двох сфер практичного застосування психології здоров'я:

- завдань, що виконуються на теренах медицини та концентруються на хворих особах;
- дій, спрямованих до здорового населення в його природному середовищі¹.

¹ Статус психології здоров'я як галузі прикладної психології, за словами І. Гешен, визначають такі чинники: 1. Виокремлено відповідні секції у психологічних товариствах у різних країнах, із яких перша – 38-ма секція психології здоров'я Американського психологічного товариства – створена 1978 року. Так 55 000 членів найбільшої у світі державної організації психологів визнали виникнення нової галузі прикладної психології. 2. Зросла кількості часописів, присвячених психології здоров'я. Перший із них – "Психологія здоров'я"

Відмінність ситуаційного контексту потребує іншої організації діяльності в кожній із цих двох сфер. Важливим аргументом є потреби різних видів хворих осіб порівняно зі здоровими (або такими, хто вважаються здоровими), із якими стикається психолог. Головним напрямом професійної активності психолога є діагностичні й терапевтичні дії, а також реабілітація, тобто якоюсь мірою завдання психолога аналогічні до діяльності лікаря, однак варто звернути увагу на важливі відмінності. Вони виникають з іншої професійної філософії психолога, в основі якої – психологічна концепція людини. Для психології властиве трактування людини як суб'єкта, що веде до визнання його права на прийняття рішення щодо власної поведінки. Також психологія визначає відповідальність суб'єкта за наслідки власних дій (у цьому випадку стосовно здоров'я). Натомість лікарі очікують від пацієнтів радше підпорядкування, ніж суб'єктних рішень [3, 38].

Віднайшла своє місце психологія здоров'я у **медицині**. Можливості застосування психологічного знання в медицині не обмежуються роботою з пацієнтом. Виконання професійної діяльності працівниками служби охорони здоров'я пов'язане зі значним навантаженням, що потребує вміння долати стрес. Стосовно цих працівників психолог може здійснювати:

- психологічно-освітню діяльність, що охоплює антистресовий тренінг;
- діяльність, спрямовану на формування необхідних у роботі інтерперсональних умінь.

Психологічна допомога може також стосуватися:

- взаємин лікаря і пацієнта;
- подолання проблем цих стосунків, які найчастіше пов'язані з недотриманням рекомендацій лікаря;

(“Health Psychology”) – з'явився у США 1982 року. 3. У 1984 році з'явилися секції психології здоров'я в Міжнародному товаристві прикладної психології (International Association of Applied Psychology: IAPA). 4. У 1986 році створено Європейське товариство психології здоров'я (European Health Psychology Society EHPS), яке від початку свого існування видає часопис “Психологія і здоров'я” (“Psychology and Health”). 5. Виокремлено психологію здоров'я як академічну субдисципліну, що створює власні дослідницькі та дидактичні програми. 6. Створення у вищих навчальних закладах організаційних одиниць, що займаються навчанням і дослідженнями в галузі психології здоров'я [3, 27].

- орієнтацією не лише на досягнення мети терапії, але й на потреби пацієнта;

- важливим завданням є робота із сім'єю пацієнта, котра не лише переживає наслідки його хвороби, а й впливає на реакції та поведінку хворого [3, 38].

Психолог може бути також корисним у розв'язанні **організаційних проблем** установи, в якій він працює. Установи служби охорони здоров'я є соціальними системами, до яких належить як лікувальний персонал, так і пацієнти. По суті, кожне рішення, яке стосується організації й управління такою системою, можна прокоментувати із психологічного погляду [3, 38–39].

Ще однією діяльністю психолога, яка адресована здоровому населенню, є **промоція здоров'я**. Це інтердисциплінарна справа, проте роль у ній психології як дисципліни, що вивчає механізми поведінки людини, є дуже важливою. Промоція здоров'я є справжнім сучасним викликом для психології, оскільки означає роботу в природному соціальному середовищі, пошук нових, успішних методів роботи, а також необхідність співпраці з іншими спеціалістами й окреслення власної ролі в інтердисциплінарних підходах [3, 39].

Психологія здоров'я тісно пов'язана з іншими галузями психологічної науки:

- експериментальною психологією;
- клінічною психологією;
- психіатрією;
- віковою психологією;
- соціальною психологією;
- інженерною психологією;
- психологією розвитку;
- психологією особистості;
- психофізіологією;
- дефектологією тощо.

1.3. Здоров'я людини в контексті психології

Уявлення про здоров'я людини завжди було динамічним, розвивалося паралельно з розвитком цивілізації, науки, зокрема знань про природу людини. Змінювалися також погляди на співвідношення таких понять як здоров'я і хвороба. Труднощі пошуку найбільш адекватних дефініцій зазвичай були пов'язані з необхідністю розв'язання конкретних наукових, практичних чи соціальних завдань. Відтак кожна дефініція здоров'я по суті відображає не лише зміст цього феномену, але й сучасні їй наукові та суспільні тенденції [Лісова].

Життєдіяльність людини як складної живої системи забезпечується на різних, але взаємозалежних між собою рівнях функціонування. У цілому виділяють три досить специфічних рівні життєдіяльності: біологічний, психологічний і соціальний. І на кожному з названих рівнів, як указують Г. В. Ложкін, О. В. Носкова, І. В. Толкунова, здоров'я людини має особливості свого прояву [11, 14].

Здоров'я на біологічному рівні припускає динамічну рівновагу функцій усіх внутрішніх органів та їхнє адекватне реагування на вплив навколишнього середовища. Якщо питання профілактики здоров'я, зміцнення захисних сил організму й лікування хвороб віддавна перебувають у полі зору традиційної медицини, то наші уявлення про сутність і шляхи забезпечення здоров'я, пов'язаного з психологічним рівнем, поки що не можуть бути визнані як задовільні [11, 15].

Здоров'я на психологічному рівні так чи інакше пов'язане з особистісним контекстом, у рамках якого людина з'являється як психічне ціле. Основне завдання цього рівня – зрозуміти головне: що таке здорова особистість. За визначенням великого психіатра С. С. Корсакова, чим гармонійніше об'єднані всі істотні властивості, що складають особистість, тим більше вона стійка, урівноважена і здатна протидіяти впливам, що прагнуть порушити її цілісність. Благополуччя в психічному здоров'ї особистості може бути порушене домінуванням певних та негативних за своєю суттю рис характеру, дефектами в моральній сфері, неправильним вибором ціннісних орієнтацій тощо [11, 15].

Здоров'я на соціальному рівні розуміється досить умовно, тому що психологічні властивості особистості просто не існують поза системою суспільних відносин, у яку вона включена. Людина з'являється на цьому рівні насамперед як істота суспільна. І природно: тут на передній план виходять питання впливу соціуму на здоров'я

особистості. Психічне здоров'я переживає вплив із боку різних соціальних зв'язків, у тому числі родини, спілкування з друзями і родичами, роботи, дозвілля, приналежності до релігійних або інших організацій та ін., причому наслідки цих впливів можуть носити як позитивний, так і негативний характер. Тільки люди зі здоровою психікою звичайно почувають себе активними учасниками в соціальній системі. Виховна занедбаність і несприятливі умови навколишнього середовища стають причиною різних форм неадекватної поведінки людини в суспільстві, кримінального розвитку особистості. Особистість може деградувати або змінитись, якщо зміниться її ставлення до людей, до праці або колективу. Тільки стійкість і сталість активних стосунків дадуть змогу особистості підтримувати власну впевненість та протистояти впливам середовища, переборювати опір зовнішніх умов, долати перешкоди і досягати поставлених цілей, здійснювати реалізацію своїх намірів. Реалізація ідей психічного здоров'я на соціальному рівні вимагає від суспільства перегляду укорінених, але не виправданих традицій і пріоритетів у сфері виховання й утворення, професійної зайнятості, організації дозвілля та відпочинку, індустрії харчування тощо [11, 15–16].

Основою повноцінного розвитку людини є психологічне здоров'я. Саме поняття психологічного здоров'я (введене І.В. Дубровіною) тривалий час входило в базовий зміст психічного здоров'я як його частина і досвід психопатології необґрунтовано використовувався стосовно психіки здорової людини. Однак сучасна наука розмежовує сфери психічного і психологічного здоров'я. Психологічні зміни носять зворотній характер, їх своєчасна діагностика і професійна корекція допомагає людині виробити засоби саморегуляції, які дозволять ні справлятися з внутрішніми проблемами самостійно, до того як пі проблеми набудуть незворотного характеру (Баевский Р.М. Проблемы здоровья и нормы: точка зрения физиолога//Клиническая медицина. - 2000. - №4. - с. 18-25, Діжона, 25).

На відміну від поняття «психічне здоров'я», термін «психологічне здоров'я» був введений відносно нещодавно, однак описувані цим поняттям особистіні особливості були предметом дослідження багатьох авторів і розглядалися в різних аспектах.

Розмежовує сфери психічного та психологічного здоров'я. І.В.Дубровіна визначає "психологічне здоров'я" як динамічну сукупність психічних властивостей особистості, що забезпечують гармонію між потребами індивіда й суспільства і виступають

передумовою орієнтації індивіда на виконання своє життєвої задачі. Для визначення норми психологічного здоров'я важлива наявність певних особистісних характеристик, які забезпечують не лише успішну адаптацію, але й продуктивний розвиток людини на благо самій собі й суспільству через саморозуміння, самоприйняття та самовдосконалення [168].

Г.І. Малейчук, аналізуючи взаємозв'язки психічного та психологічного здоров'я, зазначає, що психологічне здоров'я є вищим рівнем прояву здоров'я психічного. На думку автора, воно визначається ціннісно-смісловим змістом розвитку особистості [114].

В.С. Хомік розглядає психологічне здоров'я з точки зору реверсивної теорії особистості М. Аптера, який пропонує концепцію мотиваційного розмаїття: психологічне здоров'я залежить від повноти емоційних і поведінкових проявів. Воно проявляється у великому спектрі психологічних станів, широкій гамі емоційних реєстрів і переживанні мотиваційного розмаїття. А умовами здорового соціального розвитку особистості є зміни, непослідовність і нестабільність [200].

Ще раніше А. Лоуен писав, що на відміну від неврозу, котрий є чітко структурованим утворенням, здоров'я – це стан пластичності [107].

М. Jahoda до критеріїв психологічного здоров'я відносить позитивну установку стосовно своєї особистості, духовне зростання і самореалізацію, інтегровану особистість, автономію, самодостатність, адекватність сприйняття реальності і компетентність у подоланні вимог оточуючого світу [248]. К. Men-ninger називає такі ознаки як відчуття щастя, задоволеність, врівноважений темперамент, інтелектуальність і "взірцева" соціальна поведінка [257].

Психологічне здоров'я описується як стан балансу між різними аспектами особистості людини (Р. Ассаджолі -психосинтез); як баланс між потребами індивіда і суспільства, який підтримується постійними зусиллями (С. Фрайберг); як процес життя особистості, в якому збалансовані рефлексивні, емоційні, інтелектуальні, поведінкові аспекти (Н.Г. Гаранин, А.Б. Холмогорова); як функція підтримання рівноваги між особистістю та середовищем, адекватної регуляції поведінки і діяльності людини, здатності протистояти життєвим труднощам без негативних наслідків для здоров'я (А.В. Петровський, М.Г. Ярошевський, П. Бейкер). Часто для визначення психологічного

здоров'я використовуються синонімічні поняття «сила Я», «духовне здоров'я» (Двіжона, 25-26).

Ключовим моментом у проблемі здоров'я людини в контексті психології є питання про критерії його оцінювання. **Серед особистісних проявів** найбільш відомі такі **критерії психічного здоров'я**:

- оптимізм;
- зосередженість (відсутність метушливості);
- урівноваженість;
- моральність (чесність, совісність й ін.);
- адекватний рівень домагань;
- почуття обов'язку;
- впевненість у собі;
- невразливість (уміння звільнитися від прихованих образ);
- відсутність ліні;
- незалежність;
- безпосередність (природність);
- відповідальність;
- почуття гумору;
- доброзичливість;
- толерантність;
- самоповага;
- самоконтроль.

Серед психічних станів найбільш відомі такі **критерії психічного здоров'я**:

- емоційна стійкість (самовладання);
- зрілість почуттів відповідно до віку;
- вміння опанувати негативні емоції (страх, гнів, жадібність, заздрість та ін.);
- вільний, природний прояв почуттів і емоцій;
- здатність радіти.

Серед психічних процесів найбільш відомі такі **критерії психічного здоров'я**:

- максимальне наближення суб'єктивних образів до певних об'єктів дійсності (адекватність психічного відображення);
- адекватне самосприйняття;
- уміння зосереджувати увагу на предметі;
- утримання інформації в пам'яті;
- здатність до логічного опрацювання інформації;

- критичність мислення;
- креативність (здатність до творчості, уміння користуватись інтелектом);
- знання себе;
- дисципліна розуму (керування думками).

Зрозуміло, що якимось одним критерієм не вичерпати всієї суті питання. Разом із тим у літературі чимало прикладів, коли для характеристики психічного здоров'я пропонуються якісь окремі ознаки його вираження. Серед них особливої уваги заслуговує критерій психічної рівноваги. Із його допомогою можна говорити про характер функціонування психічної сфери людини з різних сторін (пізнавальної, емоційної, вольової). Виділяють ще два критерії здоров'я в особистісному плані: гармонійність організації психіки та її адаптаційні можливості. Що стосується психічної рівноваги, то від міри її виразності залежить урівноваженість людини з об'єктивними умовами, її пристосованість до них. Причому сама по собі врівноваженість не виступає як застигла у своєму прояві, а розгортається в поступальному русі життєво важливих біологічних і психологічних процесів. При цьому, на думку В. Н. М'ясищева, врівноваженість людини й адекватність її реакції на зовнішні впливи мають велике значення у плані розмежування норми і патології [8]. У неврівноваженої людини фактично порушена гармонійна взаємодія між властивостями, що лежать в основі особистісного статусу. Тільки у психічно здорової, тобто врівноваженої людини ми спостерігаємо прояви відносної сталості поведінки й адекватності зовнішнім умовам [11, 18].

Аномалії в розвитку особистості найбільш яскраво заявляють про себе в проявах її дисгармонії, втраті рівноваги із соціальним оточенням, тобто в порушенні процесів соціальної адаптації [11, 16].

Із визначення Ж. Годфруа (1992) можна виокремити такі особливості “урівноваженої людини” [4; 5]:

1. У фізичному плані врівноважена людина володіє відмінним тілесним здоров'ям. Психічна рівновага не існує без серйозної уваги до свого тіла. Давньоримський учений Ювенал стверджував: “У здоровому тілі – здоровий дух”. Утім, як і навпаки. Висновок простий: фізичне і психічне здоров'я нероздільні та взаємозалежні.

2. У сексуальному й афективному плані урівноважений індивід здатний установлювати гармонійні інтимні відносини з іншими людьми; піклуючись про себе, не забуває піклуватися про інших.

3. В інтелектуальному плані врівноваженим може вважатися той, хто володіє гарними розумовими здібностями, що дають йому змогу мислити і діяти продуктивно; хто завжди шукає та знаходить вихід із важких ситуацій; швидко переходить від думок і слів до справи; прагне домогтися поставленої мети в розумний термін; не позбавлений уяви та любить шукати нетрадиційні варіанти вирішення проблеми.

4. У моральному плані врівноважена людина має почуття справедливості; схильна більше покладатися на свої судження, ніж на авторитети; завжди готова визнати свої помилки, не виставляючи їх, однак, напоказ.

5. У соціальному плані врівноважена людина, як правило, здатна встановлювати стосунки з іншими. Вона не розраховує своєї реакції заздалегідь, і ця безпосередність дає їй змогу легко спілкуватись як із тими, хто стоїть вище за соціальним статусом, так і з тими, хто стоїть нижче.

6. Нарешті, в особистісному плані врівноважена людина – це оптиміст, добродушна і життєрадісна особистість, яка любить життя та відповідає на його вимоги, здатна брати на себе відповідальність, зріла, тверезо мисляча, досить стійка в емоційному плані, що віддає перевагу досягати бажаного власними зусиллями, а не скаргами або маніпуляціями. Така людина з достатньою повагою ставиться до самої себе, але зберігає при цьому почуття гумору, що дозволяє їй сприймати власну персону не занадто серйозно [11].

Якщо в структурі власної особистості людина виявляє цей перелік вищеперерахованих якостей, отже, вона належить до 1/3 урівноважених людей на Землі. Якщо ще не вдалося увійти в цю “когорт” зрілих і здорових особистостей, то, як стверджують Г. В. Ложкін, О. В. Носкова, І. В. Толкунова, нічого страшного, оскільки чимало вчених, фахівців у сфері психічного здоров’я думають, що фактично більше 70 % усіх людей виявляють поведінку невротичного типу, хоча важкими формами неврозів страждає всього 5 % населення [11, 17].

У своїй книзі “Психологія здоров’я людини” [11] автори зазначають, що ідея комплексного підходу до оцінювання психічного здоров’я людини є найбільш перспективною. У літературі можна спостерігати окремі спроби охарактеризувати основні прояви здорової психіки за допомогою перерахованої нижче сукупності критеріїв. По-перше, поряд з очевидним розходженням думок проглядається і визначена подібність у виборі ряду критеріїв

психічного здоров'я. Це можна сприймати як свідчення того, що вони найбільш точно характеризують стан психічного здоров'я. По-друге, трактувати наведений перелік критеріїв необхідно як їхню сукупність, оскільки в них не закладена та класифікуюча ознака, яка додає їм можливої внутрішньої організації [11, 18]. Особливе значення серед критеріїв психічного здоров'я особистості надається мірі її інтегрованості, врівноваженості, а також такої складової частини її спрямованості, як духовність (пізнання, прагнення до істини); пріоритет гуманістичних цінностей (доброта, справедливість й ін.); орієнтація на саморозвиток, збагачення своєї особистості [11, 18].

Дослідники Є. Абросимова, А. Ленгле визначальним критерієм **психічного здоров'я** вважають спроможність жити у внутрішній злагоді як вияв активізації автентичної свободи та відповідальності, актуалізацію здатності духовного виміру людини спілкуватись із зовнішнім і внутрішнім світом та віднаходити адекватний ситуації спосіб поведінки й автентичної внутрішньої позиції [11]. Р. Мей, якого називають найбільш екзистенційно орієнтованим представником гуманістичної психології американського континенту, вважає визначальними апріорні структури інтенційності, тобто спрямованість людського буття за власні межі. **Інтенційність** у поєднанні із прийняттям життя таким, як воно є, максимально повним проживанням його та відкритістю світу характеризує сутність психологічного здоров'я.

Р. Веcker сформулював три головних компоненти душевного здоров'я: душевне й фізичне хороше самопочуття (з первинними факторами: повнота відчуттів, альтруїзм, відсутність скарг); самоактуалізація (розвиток, автономія); повага до себе і до інших (почуття власної цінності, здатність любити) [227]. Психічна, або душевна складова стосується функціонування психіки людини, саме тому критеріями психічного здоров'я вважають відповідність/невідповідність суб'єктивних образів об'єктам дійсності і характеру реакцій – зовнішнім подразникам, значенню життєвих подій; адекватний віку рівень зрілості емоційно-вольової та пізнавальної сфер особистості; адаптивність у мікросоціальних відносинах; здатність до саморегуляції поведінки, розумного планування життєвих цілей і підтримки активності в їх досягненні [18; 70]; впорядкованість і причинну зумовленість психічних явищ, критичну самооцінку і оцінку оточуючих обставин, почуття

прихильності до близьких людей і відповідальність за них [128]; здатність до постійного розвитку і збагачення особистості [7].

Психічне здоров'я внутрішній стан людини, який забезпечує адекватну дійсності регуляцію поведінки; самовиховання особистості (Двіжона, 24). Психічне здоров'я має складну будову, зокрема включає:

- особистісно-змістовний рівень (особистісне здоров'я);
- рівень психофізіологічного здоров'я.

К. Ясперс виділив чотири ознаки психічного здоров'я:

1. Здатність концентрувати увагу на предметі.
2. Утримувати інформацію в пам'яті.
3. Логічне опрацювання інформації.
4. Адекватна орієнтація у просторі та часі.

В свою чергу Р. Беккер-Шмідт визначає три основні компоненти душевного здоров'я:

- душевне і фізичне хороше самопочуття (повнота почуттів, інтегруїзм, відсутність скарг);
- самоактуалізація (розвиток, автономія);
- повага до себе та інших (відчуття власної цінності, здатність любити) (Двіжона, 25).

Таким чином, **психологічне здоров'я** ототожнюється з почуттям внутрішньої узгодженості із власними діями, постійним діалогом із внутрішнім та зовнішнім світом, автентичним існуванням, почуттям авторства життя. **Розлади здоров'я** людини, за Л. Бінсвангером (1999), є наслідком відмови від вільного проектування власного майбутнього внаслідок фанатичного прагнення до недосяжного ідеалу бути іншою, ніж є насправді, особистістю, втрати безперервності саморозвитку, віддаленості від вільної трансценденції [11].

Під поняттям здоров'я з психологічної точки зору Л.А.Руйс розуміє не лише відсутність хвороби, але наявність оптимальних здібностей, цілеспрямованість у діяльності, спрямованість до досягнення життєво важливих цілей, переважання почуття повноцінного благополуччя, радості життя, особистісне самовизначення [167].

У цілому прийнято розрізняти, окрім психічного, ще фізичне та соціальне здоров'я. З позицій холістичного підходу виділяють декілька складових здоров'я людини. Наприклад, В.А.Ананьєв пише про сім потенціалів особистості, що взаємопов'язані й відображають

різні аспекти душевного, тілесного та соціального здоров'я: потенціал розуму, потенціал волі, потенціал почуттів, потенціал тіла, суспільний потенціал, креативний та духовний потенціали [7].

Фізичне здоров'я – найважливіший компонент у складній структурі стану здоров'я людини. Фізична або соматична складова стосується тіла. Це гармонійна єдність усіх обмінних процесів між організмом і оточуючим середовищем і, як результат цього, узгоджений перебіг обмінних процесів всередині організму, що проявляється в оптимальній життєздатності його органів і систем [10; 35]. Фізичне здоров'я обумовлене властивостями організму як складної біологічної системи. Як біологічна система організм володіє інтегральними властивостями, якими не володіють її окремі складові елементи (клітини, тканини, органи та системи органів). Без взаємозв'язку між собою ці елементи не можуть підтримувати індивідуальне існування [12, 68]. Фізичне здоров'я обумовлюється здатністю організму до саморегулювання. Досконала координація всіх функцій – наслідок того, що живий організм становить саморегулюючу систему. Саморегуляція являє собою сутність біологічної форми розвитку, тобто життя. Ця загальна властивість біологічних систем дає змогу встановлювати та підтримувати на певному, відносно постійному рівні ті чи інші фізіологічно-біохімічні або інші біологічні показники (константи), наприклад постійність температури тіла, рівень артеріального тиску, вміст глюкози в крові тощо (це проявляється у відносно динамічній постійності внутрішнього середовища організму – гомеостазисі – homeostasis: грец. homoios – подібний + stasis – стан, нерухомість) [12, 68].

Фізичне здоров'я – наявний стан структурних елементів цілісного організму (клітин, тканин, органів та систем органів людського тіла), характер їх взаємодії і взаємовпливу. Матеріальну основу формування фізичного здоров'я складає біологічна програма індивідуального розвитку організму людини. Вона опосередкована базовими потребами, які виступають домінуючими у людини на різних етапах індивідуального розвитку організму (онтогенезу). Базові потреби, з одного боку, слугують пусковим механізмом біологічного розвитку людини (формування її фізичного здоров'я), а з іншого – забезпечують індивідуалізацію цього процесу [12, 70].

Фізичне здоров'я – це стан організму, який характеризується можливостями адаптуватися до різноманітних факторів середовища;

рівень фізичного розвитку, фізична та функціональна підготовленість організму до виконання фізичних навантажень [12, 68; 12, 70].

Щодо **соціального здоров'я**, то є різні підходи до його визначення (детальнішу інформацію можна прочитати в параграфі 5.3). Соціальна складова стосується функціонування людини в суспільстві: це її здатність зберігати та використовувати стосунки з іншими людьми, її соціальні зв'язки, ресурси, здатність до спілкування і його якість [103].

Індивідуальне здоров'я людини як суб'єкта визначає духовна складова. Більшість вчених наголошують на розмежуванні понять "психічне здоров'я" і "духовне здоров'я" (Лісова). Прадавні лікарі умовно розділяли захворювання на три категорії: духовні недуги, душевні страждання і тілесні немочі [157]. Самими серйозними і важко виліковуваними вважалися "хвороби духу" – заздрощі, гордощі, брехливість, злоба. Тому вся енергія істинного цілителя має бути спрямована на подолання духовних нездужань. "Оберігайте свій дух спокоєм, і тіло само виправиться", - радить даоський мислитель [115, с. 21].

Духовна складова пов'язана з максимальним розкриттям духовного, морального потенціалу, свідомим прагненням людини до реалізації вищих властивостей особистості [52; 179; 193]. Як підкреслює А.Маслоу, духовне здоров'я проявляється у зв'язках людини зі світом: у релігійності, у відчутті краси, гармонії і захопленні перед самим життям [120]. Г.С.Абрамова та Ю.А.Юдчиць основним критерієм духовного здоров'я називають прагнення особистості до створення в житті, що сприймається нею як цінність, нових ціннісних якостей [158].

Сформульовані основні положення **духовного здоров'я** мають свої витоки в античній філософії [12, 194–195]:

- духовне здоров'я являє собою найкращий стан психіки, який заслуговує на високу моральну оцінку;
- духовне здоров'я спостерігається у здатності людини зберігати спокій, не піддаватися пристрастям – суму, страху, радості, надії, підкорюючи свої бажання проявам Космічних (Природних чи Божественних) законів;
- шлях до набуття духовного здоров'я пролягає крізь розвиток індивідуального розуму, який виступає частиною Божественного Логосу;

– індивідуальний розум володіє безмежною силою; вона проявляється в тому, що людина, яка зрозуміла закони природи, неодмінно буде наслідувати їх. Душевні ж страждання виникають унаслідок недостатнього розуміння цих законів;

– розумінню законів природи та внутрішньому прийняттю їх як необхідності допомагають заняття філософією, яка, таким чином, стає засобом зцілення душі;

– філософія впливає на людину через розмірковування, однак вона може використовувати і деякі додаткові засоби, такі як поетичні образи, музичні твори, заняття математикою;

– філософія передбачає певний – аскетичний – образ життя, який допомагає стримувати тілесні бажання та створює відносну незалежність від матеріальних умов існування;

– суттєва перепона для досягнення духовного здоров'я – тілесний початок у людині.

– духовне здоров'я – це перевага небагатьох мудреців. Їх розмірковування не залежать від думок нерозумних людей, які їх обговорюють. Духовно здорова людина оберігає свій спокій та намагається уникати конфліктів [12, 194–195].

Отже, **духовне здоров'я** передбачає почуття особистої відповідальності й свободи творення власного життя. Передумовою і виявом духовного здоров'я є “ствердження себе, суспільства й всесвіту” в їх неподільності [11].

Виділення у структурі здоров'я людини фізичного, соціального, психологічного та духовного компонентів є досить умовним, оскільки всі ці складові тісно взаємопов'язані між собою, і серйозні порушення у одній з них неминуче тягнуть за собою розлади в інших [25]. К.Сельченко, цитуючи К. Уоддінгтона, зазначає, що “психічне є імперативно креодизуючим (“kreod” – “канал”) всі окремі частини рівнем розгортання активності цілого” [157, с.168]. Очевидно, що через психічний канал можлива гармонізація взаємодії усіх складових здоров'я і досягнення його високого рівня.

1.4. Базові визначення стану здоров'я

Погляди на здоров'я як дещо статичне знайшли своє відображення у визначеннях здоров'я-стану: **здоров'я – це стан** повного соціально-біологічного і психічного комфорту, коли функції всіх органів і систем організму врівноважені з природним і

соціальним середовищем, відсутні будь-які захворювання, хворобливі стани та фізичні дефекти [145].

Сучасні пропозиції представників суспільних наук ґрунтуються на підході ВООЗ, але сформульовані динамічно й розміщені в контексті середовища, завдяки чому набувають більш конкретного характеру. Здоров'я окреслюється з використанням різних інших категорій. Окрім стану, це категорії диспозиції та процесу. Ці три категорії в психології мають широке застосування в характеристиці різних конструкторів і радше взаємодоповнюють одна одну, ніж взаємовиключають [3, 28–29].

Здоров'я з диспозиції визначається як динамічна здатність людини досягнути повноти власних фізичних, психічних і соціальних можливостей, а також відповідати вимогам середовища [3, 29; 18]. Здоров'я є засобом, потенціалом організму, що забезпечує можливість усебічного розвитку та протистояння актуальним вимогам.

Розуміння людини як динамічної системи, яка здатна до саморозвитку і саморегуляції, спричинило появу дефініцій здоров'я-процесу: здоров'я – це процес збереження і розвитку фізіологічних, біологічних і психічних функцій, оптимальної трудової і соціальної активності при максимальній тривалості активного творчого життя [65]; не як стає досягнення, але як безперервний пошук індивідуальних шляхів його зміни при збереженні того, що є для кожного індивіда найздоровшим [228]. **Здоров'я як процес** стосується пошуку й утримання рівноваги у вигляді навантажень, із якими організм постійно має справу. Це динамічний та інтеракційний підхід. Процес здоров'я має окреслений у часі розвиток, змінюється у відповідь на зовнішні й внутрішні вимоги, що виникають, і адаптивний до цих вимог. Хвороба трактується як наслідок неспроможності цього процесу, занепад здоров'я, коли не вистачає енергії та / чи вміння, щоб справитися з вимогами і навантаженнями, зберігаючи почуття рівноваги й гармонії. Здоров'я і хвороба в цьому підході трактуються як полюси одного і того ж континууму, на якому місце індивіда протягом життя змінюється [3, 29]. **Здоров'я можна розглядати як процес**, що забезпечує життєдіяльність, необхідну якість життя і його тривалість, а також передумову для виконання людиною намічених життєвих цілей. Бути здоровим – це цілеспрямована та послідовна робота з повернення людини до самої себе, освоєння свого тіла, розуму, розвиток “внутрішнього

спостерігача” (уміння чути, бачити, почувати себе). Ці ідеї співвідносяться з принципами гуманістичної психології. Її основоположник К. Роджерс вважав людину здоровою, якщо вона довіряє своєму організмові та, як важливе джерело інформації, використовує свої відчуття, почуття й думки, а не поради інших [13]. Але в житті людина діє також навпаки. Тисячоліттями вона віддавала своє тіло в руки лікарів – і поступово воно перестало бути предметом її особистої турботи, людина перестала відповідати за сили і здоров’я свого тіла.

Незважаючи на відмінності у вищезазначених підходах, здоров’я вони розглядають як атрибут конкретної людини. У теорії діяльності, розробленій на ґрунті загальної психології, здоров’я розуміється абстрактно і трактується як одна із цінностей. Деякою мірою відбувається об’єктивізація здоров’я в такому розумінні, що його розміщують начебто ззовні людини і що воно може стати метою її активності. За цим підходом здоров’я і хвороба не перебувають в одному континуумі й трактуються відокремлено: здоров’я – як позитивна цінність, а хвороба (його протилежність) – як негативна цінність [3, 29; 20].

Зокрема, у НЛП здоров’я розглядають як суб’єктивне переживання: людина сама визначає рівень свого здоров’я, оцінюючи свої відчуття [133]. Самопочуття і благополуччя людини залежать від впливу найрізноманітніших чинників зовнішнього і внутрішнього походження. Тут можливі різні “логічні рівні” контролю та впливу. З точки зору Р. Ділтса, логічні рівні здоров’я поділяються на оточення, поведінку, здібності, переконання і цінності, ідентичність та духовність.

Як указано в книзі “Психологія здоров’я: теорія і практика” [3, 124], відмінності способів підходу до здоров’я мають своє джерело в культурі. Як дефініції здоров’я, способи розуміння його детермінант, так і методи його охорони та зміцнення, базуються на культурі. Найбільш узагальненим із можливих є поділ дефініцій здоров’я на поточні й професійні.

Поточні дефініції здоров’я, які теж називають світськими, – це непрофесійне визначення, що формується в процесі набуття індивідом життєвого досвіду в певному соціально-культурному контексті й визначених умовах існування. Люди, які виходять із різних культур, по-різному визначають здоров’я. Наприклад, для жителів Таїланду здоров’я тотожне щастю, а для мешканців Малайзії

– силі [3, 138]. К. Херцліх [3, 139] виділила три способи розуміння здоров'я, що функціонують у свідомості:

- 1) здоров'я у вакуумі, що ототожнюється з відсутністю хвороби;
- 2) резерви здоров'я, які розуміються як органічно-біологічні ресурси, капітал імунітету та вітальної енергії, який може зменшуватись або зникати залежно від способу життя людини;
- 3) здоров'я як рівновага, що ототожнюється з уміннями людини втримувати життєву рівновагу й почуття здатності зробити те, до чого вона прагне (цей вид здоров'я може також характеризувати хворих людей).

Професійні дефініції здоров'я мають на увазі не лише визначення, які функціонують у клінічній та профілактичній медицині, а також ті, що виникли в інших галузях, насамперед соціології і психології. ВООЗ уже в 1948 році у своїй конституції дала таке визначення **здоров'ю**: стан цілковитого фізичного, психічного й соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороби чи каліцтва. У 1984 році робоча група ВООЗ подала нову дефініцію здоров'я як міри здатності індивіда чи групи, з одного боку, реалізовувати свої прагнення і задовольняти потреби, з іншого – змінюватися чи кооперуватися із середовищем [51; 274]. Таке розуміння здоров'я представляє його як реальність, яку можна розвивати, удосконалювати. Сьогодні експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я визначають **здоров'я** як відсутність психічних і фізичних дефектів, а також повне фізичне, духовне та соціальне благополуччя. **Здоров'я** у промоції здоров'я ототожнюється зі здатністю людини досягнути повноти власних фізичних, психічних і соціальних можливостей, так само, як і реагування на вимоги середовища [3, 127].

У словнику С. Ожегова під **здоров'ям** розуміється “правильна, нормальна діяльність організму, його повне фізичне та психічне благополуччя”. На думку С. Волкова, “**здоровою** можна вважати людину, яка, як мінімум, здатна адекватно вирішувати професійні, сімейні й особисті проблеми”. І. Брехман (1990) підкреслює, що **здоров'я** – це не відсутність хвороб, а фізична, соціальна і психологічна гармонія людини, доброзичливі відносини з іншими людьми, із природою та самим собою. Один із засновників валеології Т. Ф. Акбашев (1996) називає здоров'я характеристикою запасу життєвих сил людини, що задається природою і реалізується або не реалізується людиною. В. П. Петренко (1997) запропонував розуміти **здоров'я** як

стан рівноваги, балансу між адаптаційними можливостями (потенціал здоров'я) людини та постійно мінливими умовами середовища. І. Гундаров (1989) пропонує визначення **здоров'я**, як форми життєдіяльності, яка забезпечує необхідну якість життя і достатню її тривалість. Із цього визначення випливає, що здоров'я одне, а хвороб багато [12, 33].

К. Пучальський [3, 139; 16] серед критеріїв здоров'я виділяє:

- самопочуття (почуваюся добре, лікар не виявляє хвороби);
- рівновагу (спокій, самоконтроль, здатність дати собі раду та подолати перешкоди);
- функціональний критерій (можливість виконання сімейних і професійних обов'язків);
- критерій продуктивного життя (можливість власного розвитку та використання його для себе й інших).

Огляд сучасних розумінь здоров'я засвідчує складність і неоднозначність цього поняття, але не передає повноти актуальних тенденцій у концептуалізації здоров'я. Першою з них, що потребує особливої уваги, є розширення *понятійної сфери здоров'я*. Починаючи від дефініції ВООЗ, до цього поняття віднесено *психічну та соціальну сфери*. Протягом останніх років щораз частіше з'являється пропозиція врахування духовної сфери людини, як четвертого виміру здоров'я (Hatch, Burg, Naberhaus, Hellmich, 1998; Harris, Thoresen, McCuHough, Larson, 1999; Sartorius, 2000) [3, 30].

У більшості сучасних розумінь здоров'я, особливо тих, що трактують його як процес чи як засіб, приймається його мінливість. Постійна мінливість є безпосередньо атрибутом кожного процесу. У сучасних підходах **здоров'я** трактується як процес прагнення до внутрішніх змін і вимог власного організму, а також викликів та вимог середовища, змін у світі, який змінюється. Мінливість здоров'я є відображенням успішності людини в реагуванні на виклик і завдання, що постійно з'являються [3, 30].

Інша сучасна тенденція в науках про здоров'я полягає в позитивному розумінні здоров'я як потенціалу, диспозиції чи ресурсу. Позитивне розуміння здоров'я розвивається на межі впливів так званої "позитивної психології". Пошуки стосуються загальновідомого "другого боку медалі", тобто позитивних впливів або наслідків різних випадків, так само шкідливих, як хвороба і старіння [3, 30].

Здоров'я в цілому і всі його компоненти багато в чому залежать від способу життя людини. Але поняття здорового способу життя

набагато ширше, ніж відсутність шкідливих звичок, режим праці, відпочинку, харчування, різні вправи, що гартують і розвивають; у нього також входить система ставлення до себе, до іншої людини, до життя в цілому, а також свідомість буття, життєві цілі й цінності.

3. Фрейд вважав, що психологічно здорова людина – це та, яка здатна узгодити принцип задоволення із принципом реальності [14]. За К. Юнгом, здоровою може бути людина, котра асимілювала зміст свого несвідомого і вільна від захоплення будь-яким архетипом [15].

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, психічно здоровою варто вважати людину, у якої нормально розвинуті психічні функції, відзначається фізіологічне, духовне й соціальне благополуччя, а також збережена здатність адекватної адаптації до навколишнього природного і соціального середовища, активної виробничої та іншої діяльності. У зв'язку з цим говорять про такі рівні психічного здоров'я:

- індивідуально-значимий, або рівень особистісного здоров'я, що визначається якістю значимих стосунків людини, загальним змістом і призначенням її життя, ставленням до інших людей та себе;

- рівень індивідуально-психічного здоров'я, оцінка якого залежить від здатності людини будувати адекватні способи реалізації значимих прагнень.

Сучасні дослідження здоров'я ґрунтуються на біопсихоекологічній парадигмі, згідно з якою здоров'я детермінується біологічними, психологічними чинниками та впливом середовища. Класичною моделлю сьогодні є так зване “поле здоров'я” М. Лалонда, запропоноване у доповіді “Здоров'я канадців”, виголошеній 1973 року на світовому форумі здоров'я. Згідно з моделлю Лалонда, детермінантами здоров'я є чотири головні сфери, які різною мірою зумовлюють особливості здоров'я [3, 91]:

- біологічні чинники (генетичні та вроджені предиспозиції, властивості імунної системи, фізіологічні, біохімічні й анатомічні характеристики особи та її родини) – 16 % варіації здоров'я;

- спосіб життя (звичайний спосіб харчування, паління цигарок і вживання алкогольних напоїв, особливості режиму праці й відпочинку, звичний психоемоційний стан, загальна схильність до ризику та потенційно небезпечної поведінки, здійснення превентивних дій щодо хвороб) – 53 % варіації здоров'я;

- вплив фізичного і психосоціального середовища (стан природного середовища, умови проживання та праці, культурні особливості соціального середовища, економічний і соціальний статус, вплив соціальних груп та піддатливість до цього впливу, доступність соціальної підтримки) – 21 % варіації здоров'я;

- рівень розвитку системи охорони здоров'я (рівень розвитку медицини, доступність медичних послуг) – 10 % варіації здоров'я.

Внеском психології у науки про здоров'я є також визначення відмінності між здоров'ям **об'єктивним**, свідченням якого є медична оцінка, і суб'єктивним сприйняттям здоров'я, яке називають **суб'єктивним** здоров'ям. Ці дві оцінки здоров'я зазвичай корелюють між собою, однак між ними існують значні розбіжності. Необхідно також брати до уваги сучасну тенденцію визнавати відповідальність самої людини за власне здоров'я. Це означає просто революцію стосовно існуючого в традиційній медицині принципу перекладання цієї відповідальності на лікаря. Така принципова зміна погляду є результатом збільшення знань про зв'язок поведінки людини і стану її здоров'я, а також розвитку популяризації ідеї здорового способу життя. Головний лозунг популяризаційного впливу – "Твоє здоров'я – у твоїх руках" [3, 30]. З цього робиться висновок, що **здоров'я** можна розглядати як оптимальну передумову (умову) для виконання людиною визначених життєвих цілей і завдань, її призначення, в кінцевому результаті її самореалізації на Землі. Головний принцип розвитку здоров'я полягає не тільки в тому, щоб мати міцне здоров'я, а й у тому, щоб реалізувати за допомогою здоров'я свою місію (мету). «Здоров'я заради здоров'я не потрібно, воно цінне, бо є обов'язковою умовою ефективної діяльності, через яку досягається щастя», - писав лікар-довгожитель М.М. Амосов.⁶ Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Книга Концептуальные основы психологии здоровья. СПб.: Речь, 2006. 384с.).

Сьогодні з новою актуальністю постали питання про взаємовідношення здоров'я і хвороби. У зарубіжних наукових джерелах зустрічаються пропозиції визначати "хворий" і "здоровий" як дві незалежні величини [254]. Послідовники НЛП вважають, що хвороба може бути способом відновлення рівноваги, тобто здоров'я, тому, щоб захворіти, не обов'язково бути нездоровим [133]. О.Я.Іванюшкін, визначаючи здоров'я як цілісний вимір особистості, наголошує, що "Хвороба не скасовує, не знищує здоров'я (це не метафізичні протилежності!), хвороба лише обмежує свободу

життєпроявів особистості у певному напрямку." [57, с. 32]. Отож, вчені наголошують на тому, що до здоров'я не можна підходити як до простої дихотомії: хвороба – відсутність хвороби. Наприклад, W.Spitzer виділяє цілий спектр станів здоров'я людини, кожному з яких відповідає свій рівень якості життя: абсолютно здорові \longleftrightarrow практично здорові \longleftrightarrow перехідна зона \longleftrightarrow визначено хворі \longleftrightarrow передсмертний стан [цитується за 137].

О.В.Корнієнко також розглядає **здоров'я як багаторівневий континуум якісно й кількісно відмінних станів**: здоров'я, умовне здоров'я, нездужання (останні два стани характеризуються невизначеністю скарг), фізична реабілітація, страждання від фізичного недоліку, необхідність у домашньому догляді (починаючи з останнього всі решта станів можна віднести до визначених захворювань), необхідність у госпіталізації, тимчасові втрати свідомості, перманентна втрата свідомості [82].

У біосинтезі – відносно новому напрямку тілесно-орієнтованої психотерапії, котрий розвивається з початку 70-х рр. ХХ ст. Д.Боаделлою та ін., **здоров'я** розглядається як широкий спектр проявів і станів, тому визнається право на невротичні реакції благополучних людей і здатність до "здорового реагування" в осіб з важкими соматичними і психічними розладами [цитується за 176].

М.М. Пустовойт зазначає, що розгляд будь-якої патології з психосоматичної перспективи "вводить у гру" щонайменше ще один вагомий патогенетичний фактор – інтерпретуючого індивіда" [161, с. 15], тобто індивіда як носія певного пояснення всього, що з ним відбувається – здоров'я чи хвороби.

Дослідження взаємозв'язків соматичної і психічної складової здоров'я, які знаходять свій вияв, з одного боку, в змінах, що відбуваються в особистості під дією хвороби, з іншого – в ефектах впливу суб'єктивного образу хвороби чи здоров'я на самопочуття і стан функціональних систем організму, були започатковані ще працями В.А. Гіляровського [36], А. Гольдшейдера [39], О.В. Кербікова [72], Є.К. Краснушкіна [89], О.Р. Лурії [108]. Ними було встановлено, що хвороба здійснює на психіку соматогенний та психогенний вплив. Перший пов'язаний із безпосередньою дією на ЦНС соматичних шкідливих явищ (порушення гемодинаміки чи інтоксикації) і самих інтенсивних больових відчуттів. Основною формою прояву психогенного впливу соматичного захворювання на

психіку є психологічна реакція на сам факт захворювання і його наслідки, на больові відчуття і порушення загального самопочуття, яку й прийнято означати поняттям “внутрішня картина хвороби” (ВКХ) [132].

Як бачимо, хоча поняття “здоров’я” є протилежним поняттю “хвороба”, у своєму визначенні воно не має чітких меж, оскільки існують перехідні стани, коли фізично здорова людина має суб’єктивні коливання стану почуття, або коли у здоровому організмі не виключена наявність хворобливого початку, або ж, навпаки, за наявності тяжкого захворювання фізичний стан організму людини залишається задовільним упродовж певного періоду – і хвороба не проявляється. Таким чином, різні рівні адаптаційно-приспосувальних функцій організму людини до постійно-змінних умов зовнішнього середовища являють собою перехідні стани між “здоров’ям і хворобою”.

“Здоров’я” і “хвороба” належать до тих взаємодоповнюючих понять, які не можуть бути однозначно визначені, і їх постійне осмислення, переоцінка призводять до становлення нового знання, до формування більш цілісного погляду на феномен людини. Труднощі визначення цих понять полягають у тому, що будь-які уявлення про здоров’я і хворобу завжди відносні, історичні, вони являють собою продукт наукового дискурсу, що домінує в конкретному чи професійному суспільстві. Іншими словами, в осмисленні феноменів здоров’я і хвороби завжди потрібно враховувати фактор їхньої соціокультурної детермінації¹.

Зазвичай людина вважає, що **нездоров’я** є результатом поганого харчування, некомфортного життя, забруднення середовища проживання, відсутності належної медичної допомоги. Разом із тим багато людей у різних країнах мають усе в надлишку, але і в них існує чимало проблем зі здоров’ям. Традиційно сучасна людина займається лікуванням хвороб, тобто “вириванням бур’янів”, а не турботою про здоров’я. У результаті відбувається боротьба з хворобами на тлі поступового “зів’янення” здоров’я. Підвищення рівня здоров’я зв’язане не лише з розвитком медицини, поліпшенням харчування і т. д., а й зі свідомою, розумною роботою самої людини із

¹ Максименко С. Д., Шевченко Н. Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим: Навч. посіб. – К.: Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України; Ніжин: Міланік, 2007. – С. 6.

відновлення та розвитку життєвих ресурсів, із перетворення здорового способу життя у фундаментальний складник Я-образу.

1.5. Фактори підвищення рівня психічного здоров'я

У психологічній літературі виділяють три основні групи психологічних факторів, які корелюють зі здоров'ям і хворобою, тобто ті фактори, які впливають на хворобу та / чи здоров'я [12, 31].

1. Незалежні. До цієї групи входять такі фактори, як:

а) спонукачі:

– поведінкові патерни, які включають у себе два типи факторів поведінки – А і В [12, 32]. Фактор поведінки типу А, як указує Г. С. Никифоров, є найбільше дослідженим поведінковим фактором, який впливає на виникнення серцево-судинних захворювань, особливо ішемічну хворобу серця – ІХС. За твердженням автора, у сучасній літературі цей тип визначається як діяльнісно-емоційний комплекс, що включає в себе як поведінкові позиції (амбіційність, агресивність, компетентність, роздратованість), так і специфічну поведінку (м'язову напругу, швидкий та емоційний стиль мови, пришвидшений темп діяльності), а також переважаючі емоційні відповіді (роздратування, ворожість, гнів). Поведінка типу В протилежна за своїми характеристиками щодо поведінки типу А;

– патерни, що підтримують диспозицію, такі як витривалість, оптимізм (поведінкова особливість, яка характеризується позитивними стійкими зусиллями, спрямованими на покращення ситуації), і протилежна властивість – песимізм, а також сила “Я” (механізм, що пов'язує психосоціальний вплив та здоров'я. Сила “Я” може впливати на фізіологічну систему, яка опосередковує здорове функціонування). Вищеперераховані патерни становлять особистісні конструкти, пов'язані з індивідуальними можливостями реагування на труднощі оптимістичним чи песимістичним чином;

– емоційні патерни. В основному, за Г. С. Никифоровим, вивчаються труднощі в емоційному вираженні, які мають два аспекти: алекситимія та репресивний особистісний стиль. Алекситимія розглядається як нездатність використовувати мову для описання емоційного досвіду. Подібні труднощі пов'язані з численними психосоматичними розладами, наприклад хронічними болями і

захворюваннями дихальної системи, у тому числі бронхіальною астмою. Репресивний особистісний стиль (поведінковий тип С) характеризується униканням потенційних травмуючих ситуацій, які б могли призвести до свідомого конфлікту чи негативного досвіду, що може викликати труднощі. Поведінка типу С являє собою неспроможність виражати емоції, особливо негативні, відкритим чином [12, 32];

б) когнітивні фактори, до яких належать уявлення про здоров'я і хвороби, про норму в психіці й соматичі; різноманітні моделі віри в лікування, у профілактику, контроль за обставинами життя, установки, цінності, атрибуції, психотерапевтичні міфи; сприйняття ризику і вразливості, самооцінка здоров'я. Базовими поняттями у групі когнітивних факторів є здоров'я, здоровий спосіб життя, якість життя, здорова поведінка. Уявлення про хворобу і здоров'я залежить від: 1) загальноприйнятого підходу та уявлень медицини про хворобу в цьому історичному контексті; 2) від формального зразка, який, у свою чергу, включає приклади цих хвороб. Сприйняття ризику та вразливості залежить від досвіду людини. Люди, як правило, недооцінюють свій власний ризик, пов'язаний із захворюваннями чи іншими негативними життєвими подіями. Індивіди, які не мають досвіду подолання негативних життєвих подій чи хвороб, вважають себе невразливими. Контроль за своїм життям чи, навпаки, відсутність почуття контролю значною мірою впливають на емоційне, когнітивне, фізичне благополуччя індивіда. За допомогою механізмів копінгу¹ здійснюється контроль над здоров'ям, що забезпечує зниження стресу, а також засобом прямого фізіологічного впливу можна впливати на імунну й ендокринну системи;

¹ Копінг; копінгові стратегії (англ. coping, coping strategy) – це те, що робить людина, аби подолати стрес (англ. to cope with). Поняття об'єднує когнітивні, емоційні і поведінкові стратегії, які використовуються щоб подолати запити щоденного життя.

Уперше термін з'явився в психологічній літературі у 1962 році. Л. Мерфі застосував його, щоб вивчати, яким чином діти долають кризи розвитку (Г. Нікольська, Р. Грановська, 2000, с. 70). Через чотири роки, 1966 році, Р. Лазарус у своїй книзі "Psychological Stress and Coping Process" ("Психологічний стрес і процес його подолання") звернувся до копінгу для описання усвідомлених стратегій подолання стресу й інших подій, які викликають тривогу (Frydenberg, 2002).

в) соціальне середовище включає в себе такі три фактори, як соціальна підтримка, шлюб і сім'я, професійне оточення. За підсумками Г. С. Никифорова [12, 35], найбільше вивчено вплив останнього, а також шлюбних партнерів та інших членів сім'ї, які можуть підтримувати як здорову, так і нездорову поведінку людини. Соціальна підтримка (СП) описується як процес, засобом якого соціальний контекст впливає на індивіда;

г) демографічні змінні, серед яких завжди переважають біологічні концепції. Фактор статі передбачає вивчення здоров'я чоловіків і жінок, яке залежить від гендерних ролей чоловіків та жінок і гендерно-специфічних стресів. Фактор віку на сьогодні розглядається з іншої точки зору. Якщо раніше враховувалися біологічні вікові зміни, то на сьогоднішньому етапі робиться акцент на факторі сприйняття віку, тобто на сприйнятті старіння. Із віком збільшується зв'язок між індивідуальним здоров'ям і впливом змінних соціального середовища. Етнічні групи й соціальні класи також розглядалися раніше з біологічної позиції, а зараз – із соціальної. Як правило, наслідком низького соціально-культурного і матеріального статусу зазвичай стає менш стабільне й визнане оточення, що, у свою чергу, змінює сприйняття себе та своєї групи і зменшує здатність до психологічної адаптації [12, 35].

Таким чином, сприяючі фактори різним чином впливають на особистість та вірогідність здоров'я чи хвороби. Так, особистість може стати хворою внаслідок своєї мотиваційно-нездорової поведінки; особистісні фактори можуть прямо формувати хворобу через особливості фізіологічних механізмів; біологічні фактори хвороби можуть бути пов'язані з особистістю; різноманітні фонові впливи (середовище) можуть бути задіяні між хворобою та особистістю. На сьогодні ще залишається невідомим, вплив яких факторів є переважаючим [12, 36].

2. Передаючі фактори являють собою специфічну поведінку, яка виникає у відповідь на різноманітні стреси. До передаючих факторів належать:

а) оволодіння, подолання (копінг) проблем різного рівня (переживання і регуляція проблем та стресів, саморегуляція тощо);

б) уживання і зловживання речовинами (харчовими продуктами, ліками, алкоголем, нікотинном тощо), які в психології здоров'я розглядаються як одна зі стратегій подолання та регуляції зовнішніх

стресорів чи внутрішніх проблем, але з негативними результатами для здоров'я;

в) види поведінки, що сприяють здоров'ю (фізична активність, вибір екологічного середовища і самозберігаюча поведінка в цілому);

г) дотримання правил із підтримки здоров'я та прихильність до них – це добровільні зусилля, спрямовані на планування і здійснення лікування, на збереження здоров'я в умовах виконання певних дій. До них належать регулярне виконання різноманітних лікувальних і профілактичних процедур: профілактичні самоогляди, регулярна турбота про ротову порожнину, використання ременів безпеки, зниження ваги та збільшення фізичного навантаження, виконання лікувальних процедур. Чим сильнішими й небезпечнішими сприймаються захворювання, тим більше правил дотримуються люди [12, 37].

3. Мотиватори, до яких входять такі фактори, як:

а) стресори (загальний стрес), які приводять у дію багато інших факторів й активізують механізми копінгу;

б) існування в хворобі (особистість у стані хвороби) – процеси адаптації до гострих епізодів хвороби. До цих процесів належать атрибуційний пошук, потенціальна дисфорія, стурбованість своїм станом. Сюди включають поведінку з оцінки хвороби (у тому числі інформаційний пошук), соціальні порівняння, заперечення хвороби [12, 37].

Як уже було вказано вище, існують три важливі компоненти в складній структурі стану здоров'я особистості – фізичне, психічне й соціальне здоров'я. **Основними факторами**, що впливають на фізичне здоров'я, є такі [12, 70]:

1. *Рівень фізичного розвитку* – це біологічний процес становлення і зміни природних морфологічних (від грецького *morphe* – форма) та функціональних (від латинського *functio* – виконання, здійснення, реалізація) властивостей організму людини протягом її життя (ріст, маса тіла, об'єм грудної клітини, життєвий уміст легень, максимальне використання кисню, сила, швидкість, витривалість, гнучкість, спритність й інше). Фізичним розвитком можна керувати. В основі керування фізичним розвитком лежить біологічний закон управління та закон єдності форм і функцій організму. Але в той же час необхідно знати:

– фізичний розвиток обумовлюється законами спадковості, які повинні враховуватись як сприятливі фактори, чи, навпаки, заважаючі фізичному розвитку людини;

– процес фізичного розвитку підпорядковується також закону вікової періодизації. Втручатися в цей процес із метою керування можна лише на основі врахування особливостей і можливостей людського організму в різні вікові періоди: становлення і росту, найвищого розвитку форм та функцій організму, старіння;

– процес фізичного розвитку підкоряється закону єдності організму і середовища та, відповідно, істотно залежить від умов життя людини. Вплив на фізичний розвиток має також географічне середовище [12, 71].

2. *Рівень фізичної підготовки* – зовнішні прояви рівня фізичної активності: рівня розвитку фізичних якостей (сила, швидкість, витривалість, гнучкість, спритність) і міри оволодіння руховими вміннями й навиками, необхідними для успішного здійснення певного виду діяльності людини (професійна праця, військова служба, спорт тощо).

3. *Рівень функціональної підготовки організму* до виконання фізичних навантажень. Зовнішні прояви фізичної підготовки людини забезпечуються діяльністю (функціонуванням) кістково-м'язової, дихальної, серцево-судинної, нервової й інших систем організму. При цьому організм у цілому виконує певну роботу, витрачаючи ту чи іншу енергію, та переживає відповідне фізичне навантаження. Стан систем організму, їх реакція на надане фізичне навантаження визначають функціональну підготовку (приспособованість) організму до фізичного навантаження.

4. *Рівень і здатність до мобілізації адаптивних резервів організму*, що забезпечують його пристосування до впливів різноманітних факторів навколишнього середовища. Г. С. Нікіфоров [12, 73] зазначає, що слід розрізняти структурні (морфологічні) та функціональні резерви. **Структурні резерви** – особливості будови окремих елементів організму (клітин, тканин, органів і систем органів), що проявляються в розвитку й міцності м'язової та кісткової тканин, в особливостях будови міофібрил і м'язових волокон, у міцності й рухливості суглобного апарату, в характері васкуляризації скелетних і серцевих м'язів, у розвитку міжнейронних зв'язків та ін., які, у свою чергу, мають істотний вплив на функціональні можливості організму. **Функціональні резерви** являють собою можливості зміни функціональної активності структурних елементів організму, можливості їх взаємодії з метою досягнення результату діяльності людиною для адаптації до фізичних, психоемоційних навантажень і впливу на організм різних факторів зовнішнього середовища. Функціональні

резерви організму включають три відносно самостійні види резервів: біохімічні, фізіологічні та психічні, які інтегруються в систему резервів адаптації організму [12, 74]. **Біохімічні резерви** – це можливості збільшення швидкості протікання й об'єму біохімічних процесів, пов'язаних з економічністю та інтенсивністю енергетичного і пластичного об'єму та їх регуляцією. Біологічні резерви забезпечують не лише енергетичний і пластичний обмін, але й гомеостаз організму та пов'язані в основному з клітинним і тканинним рівнями [12, 74]. **Фізіологічні резерви** являють собою можливості органів та систем органів змінювати свою функціональну активність і взаємодію між собою з метою досягнення оптимального функціонування організму в конкретних умовах. Матеріальними носіями фізіологічних резервів є органи і система органів, а також механізми, що забезпечують підтримку гомеостазу, переробку інформації та координацію вегетативних функцій і рухових актів [12, 74]. **Психічні резерви** можуть бути представлені як можливості психіки, пов'язані з проявами таких якостей, як пам'ять, увага, мислення тощо, з волею і мотивацією діяльності людини й визначають тактику її поведінки, особливості психологічної та соціальної адаптації.

До факторів підвищення рівня здоров'я належить також духовне здоров'я особистості. На **духовне здоров'я** впливають висока моральність, свідомість і наповненість життя, гармонія із собою та навколишнім світом, любов і віра.

Як бачимо, на психічне здоров'я людини впливає величезна кількість факторів. Окрім вищеописаних, виділяють ще такі:

1. Прийняття відповідальності за своє життя, зокрема за своє здоров'я. Відхід від відповідальності став настільки характерною рисою сучасної людини, що це знайшло відображення в повсякденній мові. Люди часто говорять про те, що “погано живеться”, “життя не склалося”, “недоля”. Позбавлені займенника “я”, ці фрази виражають відмову від індивідуальної відповідальності та свідчать про підпорядкування обставинам, про пасивність стосовно самого себе. Тільки прийнявши відповідальність на себе за вільний усвідомлений вибір і за його наслідки, людина може стати творцем своєї долі. Кожний здатний здійснити вибір на користь здоров'я та самореалізації, однак не кожен це робить [11, 21].

2. Самопізнання як аналіз себе. У своїх психоаналітичних вимогах З. Фрейд показав, що багато із психосоматичних порушень

обумовлені витісненням, відмовленням від самопізнання, усуненням свідомості будь-якої інформації, здатної зачепити самолюбство [14]. Подолання витіснення і знаходження повнішого знання про самого себе підвищує зрілість та відповідальність особистості за своє психічне благополуччя. Це можна показати на прикладі самооцінки. Адекватність самооцінки залежить від співвідношення пізнавального і захисного компонентів. Чим глибше людина пізнає себе, тим адекватніша (не вище) самооцінка, і навпаки [11, 21].

3. Саморозуміння і прийняття себе, процес внутрішньої інтеграції. Самопізнання є необхідною, але не достатньою умовою. Наступний крок – прийняття себе таким, який ти є, прийняття протиріч внутрішнього світу і досягнення цілісності “Я”. У мистецтві свідоме зусилля та несвідомий імпульс, розум і почуття створюють єдине ціле, тому люди з незапам’ятних часів використовували різні його види, наприклад музику, танець, для зцілення душевних та фізичних недуг (нині це складає основу арттерапії) [11, 21].

4. Уміння жити сьогоднішнім, чому приділяється велика увага в гештальт-терапії. Як показав Ф. Перлз, порушення психічного здоров’я часто зв’язані або із “застряганням” у своєму травматичному минулому, або із марним фантазуванням про те, що не наступить у майбутньому [10]. Уміння жити актуальними переживаннями і здійснювати (реалізовувати) свою унікальність “тут і тепер” є необхідною умовою гармонійного існування та творчого самовираження особистості, а отже, психічного здоров’я. Альтернативою цьому є принцип “там і тоді”, тобто віра у світле майбутнє, яке можна відсовувати до нескінченності й іти від реальності [11, 21].

5. Свідомість індивідуального буття і, як наслідок, усвідомлено вибудована ієрархія цінностей. А. Маслоу, наприклад, уважав, що людина має потребу в ціннісній системі відліку, відповідно до якої можна жити і розуміти життя так само, як вона має потребу в сонці, кальції та любові [7]. Для того, щоб стати здоровою, людині важливо усвідомити, що вона хоче і для чого, тобто побудувати свою індивідуальну систему життєвих цілей та цінностей [11, 21].

6. Здатність до розуміння, слухання і прийняття інших. Емпатійне розуміння – не тільки професійна навичка психотерапевта, але й базова властивість здорової особистості.

1.6. Принципи забезпечення психічного здоров'я особистості

Із метою представлення принципів забезпечення психічного здоров'я особистості ми звернулися до матеріалів книги “Психологія здоров'я людини”. Її автори до найбільш істотних **принципів** забезпечення психічного здоров'я віднесли такі [11, 20]:

1. Комплексність. Оздоровлення необхідно здійснювати цілісно, на всіх рівнях, тобто уміння гармонізувати відносини з іншими людьми, прагнути до осмислення свого індивідуального існування, переборювати перешкоди щодо особистісного росту і реалізовувати свій духовний потенціал. У випадку “однобокості” оздоровлення, наприклад при бездумній виснажливій роботі на тренажерах, часто ігноруються духовний та соціальний аспекти здоров'я.

2. Креативність. У процесі оздоровлення досить шкідливі різні догми. Необхідно бути гнучким, не шукати універсальних засобів (“панацеї”), а в кожен момент творчо ставитися до свого здоров'я. Немає рації сліпо відповідати будь-яким стандартним схемам; потрібно, прислухатися до власного організму, вибирати з можливих оптимальні для себе способи в кожній конкретній ситуації.

3. Принцип “внутрішнього спостерігача”. Вимагає уважності до себе, своїх відчуттів, почуттів, станів. Самовідчуття здійснює природний контроль за внутрішніми станами організму і психіки. Цей принцип має на увазі перенесення центру уваги із зовнішнього, навколишнього світу, з інших людей на самого себе, на турботу, перетворення та відновлення самого себе.

4. Зміцнення і розвиток позитивних установок. Цей принцип полягає в подоланні фіксації на негативній стороні буття, зокрема на хворобливих станах, через прийняття себе у світі та світу в собі; в освоєнні стратегії співробітництва, що дає можливість гармонійного співіснування з іншими людьми і світом у цілому.

Як показують дослідження, оптимістично налаштовані люди високо, в основному, оцінюють стан свого здоров'я, тоді як песимісти, навпаки, одержують низькі показники під час самооцінки здоров'я.

Окрім вищепредставлених принципів, виділяють такі ознаки, які забезпечують психічне здоров'я:

- структурна і функціональна збереженість систем та органів людини;
- індивідуальна пристосованість до фізичного й соціального середовища;
- збереження звичного самопочуття [11, 23].

Відзначимо, що дві з трьох ознак є категорії психологічні. Що ж стосується останньої ознаки (збереження звичного самопочуття), те саме самопочуття можна розкласти на складові частини. У комплексі характеристик **самопочуття** виділяють такі:

- відсутність хвороб;
- настрій;
- якість і кількість сну;
- апетит;
- продуктивність діяльності;
- міра втомлюваності;
- кількість міжособистісних зв'язків (бажання спілкуватися з іншими);
- тривалість, частота позитивних емоцій.

Існує ще цілий ряд суб'єктивних факторів для кожної окремої людини. Східні й західні древні філософські вчення давно з'ясували ознаки гарного **самопочуття**:

- людина почуває себе добре, якщо переживає спокій;
- може одержувати задоволення від перебування з іншими людьми;
- відчуває внутрішню свободу.

Таким чином, процес життєдіяльності, що забезпечує необхідну якість життя і достатню його тривалість, впливає на забезпечення психічного здоров'я особистості.

Основною перешкодою, що стоїть на шляху забезпечення психічного здоров'я людини, є її власні якості, передусім здатність до ідентифікації, повне ототожнення себе з тим, що відбувається.

Друга перешкода – здатність брехати, тобто говорити про те, що в дійсності невідомо. Неправда є проявом часткового (неістинного) знання, знання без справжнього розуміння. Неправда виявляє себе як механічне мислення, репродуктивна уява, постійний зовнішній і внутрішній діалоги, зайві рухи та м'язова напруга, що поглинають час і енергію людини.

Третя перешкода – нездатність любити. Ця якість найтіснішим чином пов'язана зі здатністю до ідентифікації. Нездатність любити

виявляється в постійних метаморфозах “любові”, що здійснюються в ненависті, гніві, депресії, нудьзі, роздратуванні, підозрілості, песимізмі тощо і наповнюють усе емоційне життя людини, як правило, ретельно приховуване під маскою благополуччя або індиферентності [11, 24].

Моральна позиція людини також визначає психічне благополуччя і багато в чому залежить від її ставлення до себе, інших людей та навколишнього світу, у цілому – від ставлення до життя, тобто від її характеру.

А це, у свою чергу, вказує на рівень задоволеності особистості собою і своїм життям. **Задоволеність життям** багато в чому залежить від того, наскільки людина корисна суспільству. “Легко любити людство, але нелегко любити людину”. Справжня любов до людства може початися саме з “надання” добра конкретному ближньому [11, 24].

Таким чином, у завдання людини входить уміння:

- гармонійно розподіляти енергію за всіма сферами так, щоб вона 25 % своєї енергії (не обов’язково часу) могла присвятити своїм фізичним потребам;
- 25 % – спрямувала на свою діяльність, будь то професійна праця або домашня робота;
- 25 % – на міжособистісне спілкування (родина, друзі, колеги);
- 25 % енергії віддавала б інтуїції, фантазії, міркуванням про майбутнє, про сенс життя та релігійно-духовні шукання (тобто, присвятила цей час усамітненню, спілкуванню із собою).

Подібна схема може розглядатись як ідеальна, до якої варто щодня прагнути.

Питання для самоконтролю

1. Психологія здоров’я як розділ психологічної науки.
2. Предмет і об’єкт психології здоров’я.
3. Взаємозв’язок психології здоров’я з іншими науковими дисциплінами.
4. Мета і завдання психології здоров’я як навчальної дисципліни.
5. Фактори мотивації здорового способу життя.
6. Рівні психічного здоров’я.
7. Фактори, що сприяють підвищенню рівня психічного здоров’я особистості.

8. Поняття про психічну норму і відхилення в психічному здоров'ї.
9. Принципи забезпечення здоров'я особистості.

Тема практичного заняття
Психологічні уявлення про здорову особистість

Література

1. Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья: Уч. пособ.– СПб.: Балтийская пед. акад., 1998.– 148 с.
2. Боришевський М.Й. Духовні цінності в становленні особистості -громадянина // Педагогіка і психологія. 1997. - №1. - С. 144-150.
3. Васьківська С. В. Про дитячу тривожність // Початкова школа. -1993. - № 9. С.8-11. - №10. - С. 53-56.
4. Васьківська С. В. Побудова консультативного діалогу з людиною обтяженою психосоматичними проблемами // Психологічні стратегії в освітньому просторі 36. наук, праць (Психол. науки) Вип.1. — К.: КМІУВ ім. Б. Грінченка, 2000. - С'.25-31.
5. Виховання здорового способу життя: Тренінг для підлітків / Чернівецький національний університет ім. Ю.Федьковича; Уклад. О.В.Головіна, О.С.Лісова. - Чернівці: Рута, 2003. - 65 с.
6. Водопьянова Н. Е., Ходырева Н. В. Психология здоровья // Вестник ЛГУ: Сер. 6.– 1991. Вып. 4.
7. Волошко Н. І. Діагностика і формування психопрофілактичної культури практичних психологів професійно-технічних навчальних закладів: навч.-метод, посіб. / Н. І. Волошко; АПН України, Ін-т педагогіки і психології проф. освіти АПН України. - К: Науковий світ, 2007. - 76 с.
8. Галецька Інна, Сосновський Титус. Психологія здоров'я: теорія і практика.– Л.: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006.– 338 с.
9. Годфруа Ж. Что такое психология: В 2-х т. Изд. 2-е, стереотипное. Т. 2 / Пер. с франц.– М.: Мир, 1996.– 376 с.
10. Годфруа Ж. Что такое психология: В 2-х т. Изд. 2-е, стереотипное. Т. 1 / Пер. с франц.– М.: Мир, 1996.– 496 с.
11. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья.– СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 1999.– 1021 с.

12. Корнієнко О.В. Підтримання психосоматичного здоров'я практично здорових людей: Навч. посібник. - К., 2000; Корнієнко О.В. Безпека життєдіяльності та підтримання психосоматичного здоров'я молоді: Монографія. К.: «Київський університет», 2004. – 264 с.
13. Лісова О.С. Психологія здоров'я: Навчально-методичний посібник. Чернівці, 2001.
14. Максименко С.Д. Переживання як психологічний механізм саморозвитку особистості. Педагогічний процес: теорія і практика: 36. наук. пр. К.: ЕЗКМО, 2005. Вип. 3. - С. 343-361.
15. Максимова Н.Ю., Мілютіна К.Л., Піскун В.М. Життя та здоров'я. Навчальний посібник з валеології для учнів 8 (9) класу загальноосвітньої школи. К.: «Прок-бізнес», 1998. - 160с.
16. Маслоу А. Г. Мотивация и личность / Пер. с англ.– СПб.: Евразия, 1999.– 478 с.
17. Мясищев В. Н. Психические состояния и отношения человека // Обозрение психиатрии и мед. психологи им. В. М. Бехтерева, 1996.– № 1–2.
18. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как психотерапевт / Пер. с англ., нем.– М.: Смысл, 1993.– 332 с.
19. Перлз Ф. Внутри и вне помойного ведра // Перлз Ф., Гудмен П., Хефферлин Р. Практикум по гештальт-терапии.– М.: Академия; СПб.: Петербург XXI век, 1997.– 448 с.
20. Психология здоровья человека / Г. В. Ложкин, О. В. Носкова, И. В. Толку нова / Под ред. проф. В. И. Носкова.– Севастополь: Вебер, 2003.– 257.
21. Психология здоровья: Учебник / Под ред. Г. С. Никифорова.– СПб.: Питер, 2003.– 607 с.
22. Роджерс К. Вигляд на психотерапію. Становлення людини.– М.: Б. и., 1994.– 419 с.
23. Тимофієва М.П., Двіжона О.В. Психологія здоров'я: Навчальний посібник. - Чернівці: Книги - ХХІ, 2009. - 296 с.
24. Фрейд З. Психология бессознательного: Сб. призыв. / Сост. науч. ред., вст. сл. М. Г. Ярошевский.– М.: Просвещение, 1989.– 448 с.
25. Юнг К. Г. Психологические типы.– СПб.: Ювента, 1995.– 252 с.

26. Margraf J. Interdisziplinäre Ziele und fachbbbergreifende Methoden der Public Health Forschung. Inj. Margraf & H. Kunath (Hrsg.), Methodische Ansdtze in der Public Health Forschun, 1995.– S. 4–6.
27. Puchalski K. Kryteria zdrowia w wiadomo ci potocznej. Promocja Zdrowia // Nauki Spoleczne i Medycyna.– 1994.– № 1–2.– P. 53–69.
28. Sheridan E. P., Matarazzo J. D., Boll t. j., Perry N. W., Weiss S. M., Belar S. D. Post-Doctoral Education and Training for Clinical Service Providers in Health Psychology // Health Psychology.– 1998.– № 7.– P. 1–17.
29. Schwenkmezger P., Schmid L. Gesundheitspsychologie: Alter Wein in neuen Schlauchen? In P. Schwenkmezger & L. Schmidt (Hrsg.), Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, 1994.– S. 1–8.
30. Slonska Z. Misiuna M. Promocja zdrowia. Sownik podstawowych terminow.– Warszawa: Agencja Promo-Lider, 1993.– P. 68.
31. Taylor S. E. Health Psychology.– New York: McGraw-Hill, 1991.– Vol. 2.– P. 5.
32. Tomaszewski T. Czlowiek w sytuacji. W: T. Tomaszewski. Psychologia.– Warszawa: PWN, 1975.– P. 17–36.

Розділ 2. ОСНОВНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЗДОРОВУ ОСОБИСТІСТЬ

2.1. Еталони здоров'я та здорової особистості в історичному й сучасному вимірах

Розглядаючи здоров'я як складний багатовимірний феномен, психологи сучасності аналізують й оцінюють найбільш поширені концепції і моделі здоров'я людини. Характеристики гуманістичної моделі здорової особистості (Е. Еріксона, А. Маслоу, Г. Олпорта, К. Роджерса, Е. Фрома й ін.) завжди складають зміст такого аналізу. Осмислюючи дефініцію здоров'я крізь призму культурно-історичного досвіду людства і соціальної практики оздоровлення, **О. С. Васильєва і Ф. Р. Філатов** виділили *три найпоширеніші еталони здоров'я* [10]:

- античний еталон (здоров'я як внутрішня узгодженість);

- адаптаційний еталон (здоров'я як пристосування індивіда до навколишнього середовища);
- антропоцентричний еталон (здоров'я як усестороння самореалізація або розкриття творчого і духовного потенціалу особистості).

Психологічна гуманістична школа створила самостійну модифікацію третього еталону здоров'я, виділивши в ролі основних цінностей – розвиток, творчість, самореалізацію. Це дослідження дало можливість авторам висловити цікаве припущення про формування нового еталону здоров'я.

На сьогодні у вітчизняній і зарубіжній психологічній науці з'явилося немало продуктивних ідей та концепцій. Ряд провідних дослідників (М. М. Бахтін, Б. С. Братусь, О. С. Васильєва, Д. Н. Давиденко, В. Я. Дорфман, О. В. Корнієнко, Є. Р. Калітеєвська, Д. О. Леонтєв, Ю. М. Орлов, В. П. Петренко, Ф. Р. Філатов й ін.) указують на необхідність використання комплексного підходу до вивчення людини і підкреслюють значимість духовних, моральних та ціннісно-смыслових детермінант здорової особистості. Можливо, в працях цих учених формується новий – четвертий – еталон здоров'я, який відповідає сучасній науковій парадигмі та більш цілісному, інтегративному погляду на людську природу [10, 309]. Тому коротко зупинимося на моделях здоров'я О. С. Васильєвої і Ф. Р. Філатова та Б. С. Братуса – представників цього сучасного наукового пошуку.

Основною метою дослідження **О. С. Васильєвої і Р. Ф. Філатова** було **“запропонувати цілісну модель психічного здоров'я особистості**, яка дозволила б практикуючому психологу зорієнтуватися в питаннях психічного здоров'я і його порушень в умовах особистісно-орієнтованого консультування” [10, 262]. Основними принципами побудови такої моделі стали:

- холістичність;
- урахування початкової поліваріантності інтерпретацій;
- структурність і динамізм як взаємодоповнюючі аспекти проблеми.

Реалізуючи інтегративний підхід, автори вважали, що він “дає змогу не тільки розробити не медичну і чисто психологічну концепцію здоров'я, а також досягнути нового рівня розуміння наріжних проблем психології особистості... В теперішній момент проблема психічного здоров'я включена як одна з основних у проблемне поле психології особистості” [10, 263]. Психічне здоров'я пропонується як

окрема позиція в цьому переліку. Факт його включення в загальну концептуальну основу, каркас теорії особистості, свідчить про значимість психічного здоров'я для гармонійного особистісного зростання та зумовлює необхідність спеціального наукового інтересу до цієї тематики – базової і глобальної в психології, міждисциплінарної в системі наук. Психічне здоров'я як структурний компонент теорій особистості – це питання функціонування зрілої особистості, психологічного портрету здорової людини, складових частин психологічного благополуччя, глобальних, специфічних критеріїв психічного здоров'я тощо.

Дослідження останніх десятиліть спрямовані також на визначення критеріїв психічного здоров'я, особливо важливим є визначення позитивних критеріїв що являють собою еталон здоров'я особистості. Головні критерії, згідно з ВООЗ, які неодноразово підтримували у своїх працях К. Абульханова-Славська [1], Г. Балл [2, 3], М. Боришевський [6, 7], В. Розін [26] включають в себе:

- усвідомлення та відчуття безперервності, постійності й ідентичності власного фізичного і психічного “Я”;
- критичність до себе, власної психічної продукції (діяльності) та її результатів;
- відповідність психічних реакцій (адекватність) силі й частоті впливів середовища, соціальним обставинам та ситуаціям;
- спроможність самоуправління поведінкою відповідно до соціальних норм, правил, законів;
- спроможність планувати власну життєдіяльність і реалізувати плани;
- спроможність змінювати стиль поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій та обставин (М. І. Боришевський, Ю. А. Кутявин, М. Є. Литвак)¹.

У сучасній літературі наводять багато критеріїв психічного здоров'я, автори яких зосереджують увагу на тих чи інших властивостях, аргументуючи їхній визначальний вплив. Головні вияви психічного здоров'я:

¹ Із розділу “Психологія здоров'я”, підготовленого І. Галецькою в рамках програми досліджень “Критерії психологічного здоров'я студентської молоді” (0105 U 002222) і відображеного в книзі “Психологія здоров'я: теорія і практика”. – С. 93.

- максимальна відповідність сприйняття образів їхнім об'єктивним аналогам;
- адекватність відображення обставин реальності в емоціях людини;
- відповідність психічних реакцій інтенсивності зовнішніх подразників;
- упорядкованість та причинна зумовленість психічних явищ;
- критична самооцінка й оцінка зовнішніх обставин;
- здатність адекватно змінювати поведінку відповідно до змін зовнішніх обставин;
- здатність організовувати власну поведінку відповідно до суспільно визначених морально-етичних норм;
- почуття доброзичливості та прихильності до близьких людей і відповідальність за них;
- здатність планувати своє життя і втілювати ці плани (А. К. Напреєнко, К. А. Петров).

Інша модель здорової особистості включає в себе:

- відкритість для внутрішнього і зовнішнього світу;
- товариськість;
- відкидання лицемірства, обману, лукавства;
- певна недовіра до сучасної науки, техніки і технологій;
- прагнення до цілісного життя;
- постійне самовдосконалення;
- виражена емпатія;
- антипатія до роздутих, відсталих, бюрократичних інституцій;
- довіра до свого досвіду та недовіра до зовнішніх авторитетів;
- байдужість до матеріальних стимулів і нагороджень [К. Роджерс №13].

Психологічно здоровою особистістю є так звана зріла особистість. **Зрілість особистості** виражається в дисципліні розуму, емоцій і вчинків. Така особистість має здатність приводити в повну рівновагу свої думки, почуття і дії, спонтанно приймати рішення. Відповідно до концепції позитивної психотерапії Н. Пезешкіана (1993), здоровою є не та людина, у котрої немає проблем, а та, яка знає, як їх подолати [9]. Таким чином можна зробити висновок, що той, хто рівномірно розподіляє свою енергію за такими сферами, як

тіло, діяльність, контакти і фантазії (майбутнє), має всі шанси зберегти і зміцнити своє психічне здоров'я.

Як бачимо, головними критеріями еталону здоров'я є адаптивність психічної діяльності та поведінки, адекватність віку й властивостям і впливу середовища. Поняття здорової особистості насамперед стосується механізмів та структури психічних процесів і станів, здатності саморегуляції та регуляції власної діяльності, координації діяльності згідно з існуючими нормативами, а також функціональної ресурсності. Таким чином, можемо зробити висновок, що еталони здоров'я і здорової особистості мають двоформатну структуру: структурно-процесуальне психічне здоров'я і психологічне здоров'я. Структурно-процесуальне психічне здоров'я стосується психічної діяльності, характеристик процесів та властивостей когнітивної й емоційно-вольової сфер. Психологічне здоров'я є втіленням соціального, емоційного та духовного благополуччя (як ресурсу та стану), оскільки є потенційною передумовою забезпечення життєвих потреб щодо активного способу життя, досягнення власних цілей, адекватної й оптимальної взаємодії з людьми, соціальним та іншим оточенням. Психологічне здоров'я стосується семантичних аспектів психічного здоров'я, властивостей "Я" та ноогенної сфери людини. Якщо структурно-процесуальне психічне здоров'я стосується механізмів, то психологічне охоплює сутнісні властивості ціннісно-мотиваційної та ноогенної сфер людини, її переконання, властивості "Я" та ідентичність, а також духовну сферу.

Продуктивними розробками в цьому напрямі є оригінальна цілісна концепція Б. С. Братуся про рівні психічного здоров'я. Вона базується на розробці уявлень про структуру і функції мотиваційно-сислової сфери, виділення специфічних рівнів та параметрів психічного й особистісного здоров'я. В межах цієї концепції проблема аномального розвитку особистості розглянута, включаючи філософсько-методологічний, загальнопсихологічний, патопсихологічний і прикладний аспекти [8; 9].

Розглядаючи проблему норми психічного розвитку, Б. С. Братусь аналізує найбільш типові підходи до розуміння дихотомії "норма – патологія", а саме:

1) статистичний – розуміння норми як чогось середнього, загальноприйнятого, такого, що не виділяється з маси (критеріями виступають кількісні виміри середньостатистичних показників);

2) адаптивний – норма як відповідність вимогам оточуючого середовища (критерії – показники гомеостатичної рівноваги);

3) культурно-релятивістський як різновид статистично адаптаційного – відсутність патологічних із точки зору тієї чи іншої культури симптомів, роль мікросоціальних установок (критерії вузькосимптоматичних ознак, аномальні характеристики);

4) описовий – норма як перелік характерних властивостей здорової особистості (критеріями виступають загальнолюдські поняття і принципи наприклад такі, як “цілісність”, “інтегрованість”, “психічна рівновага” тощо) [8, 9].

Поняття норми значною мірою залежить від історичної епохи, соціально-економічної структури суспільства, расової, національної та суспільної приналежності, моралі й багатьох інших факторів. Щодо психічної діяльності, то норма – це оптимальний рівень психічного функціонування, що дає можливість повноцінної діяльності людини не тільки в повсякденних, а й в екстремальних природних і соціальних умовах [11, 21].

Однак існують і такі погляди, що нормальних людей узагалі нема, кожна людина не норма, а відхилення від неї. І в суспільстві відомою є теза про те, що ненормальних людей немає і патологій не існує, а негативні відносини між людьми нормальні, тому що така природа людини. Психічно ж хворі люди розглядаються як жертви патогенного суспільства, яке відносить до божевільних усякого, хто не визнає розпорядження релігії та держави [11, 21].

Визначальними межами між нормою і патологією можуть бути такі:

- здатність до концентрації уваги на предметі;
- утримання інформації в пам’яті;
- здатність до її логічного опрацювання;
- адекватна орієнтація в просторі й часі [11, 23].

Найбільш яскравими представниками описового підходу у визначенні норми розвитку якраз є психологи-гуманісти. Їх погляди на проблему психічного здоров’я та умов формування здорової особистості представлені нами вище. Безумовно, ведучи гостру полеміку з біхевіористами і фрейдистами, психологи-гуманісти зіграли велику роль у дослідженні продуктивної здорової особистості, у піднятті ролі самосвідомості й самовдосконалення в нормальному розвитку тощо. Але так і залишилося без вирішення одне з найважливіших науково-дослідницьких завдань – визначення

загальних критеріїв норми психічного розвитку людини: підходи, які розглядалися, не дають переконливої відповіді й повертають нас або до патології (якщо не хворий, то здоровий), або до статистики (якщо “як всі”, то нормальний), або до адаптивних властивостей (здоровий, якщо добре пристосований), або до вимог культури (нормальний, якщо виконуєш усі її нормативи), або до досконалих зразків (здоров’я особистості як атрибут видатних творчих представників людства) і т. д. [8; 9].

Осмислюючи філософські уявлення про основну сутність людини, яка відрізняє її від інших живих істот планети, **Б. С. Братусь прийшов до такого розуміння психічної норми.** З його точки зору, визначальним для власне людського розвитку є процес самоздійснення, предметом якого стає родова людська сутність, прагнення до залучення, злиття з нею і набуття тим самим усієї можливої повноти свого існування як людини. Нормальний розвиток позитивно узгоджується з цим процесом, спрямовується на його реалізацію, іншими словами, нормальний розвиток – це такий розвиток, який веде людину до набуття нею родової людської сутності. Умовами й одночасно **критеріями нормального розвитку є:**

- ставлення до іншої людини як до самоцінності, як до істоти, яка уособлює безмежні потенції роду “людина” (центральне системоутворююче ставлення);
- здатність до децентрації, самовіддачі й любові як способу реалізації цього ставлення;
- творчий, цілеспрямований характер життєдіяльності;
- потреба в позитивній свободі;
- здатність до вільного волевиявлення;
- можливість самопроекування майбутнього;
- віра в здійснення наміченого;
- внутрішня відповідальність перед собою та іншими, минулими і майбутніми поколіннями;
- прагнення до набуття загального сенсу свого життя [8; 9].

Другим важливим висновком автора було обґрунтування якісно нового аспекту розуміння особистості: по-перше розуміння особистості не можна зводити лише до ідеалу, а трактувати як “робочий інструмент” людського розвитку (“хороший”, “дуже хороший”, “ідеальний”, а також як “поганий”, “дуже поганий” і навіть “ніякий” інструмент) та не підмінювати сутність особистості

сутністю людини; по-друге, розуміння людини як самоцінності, здатної до розвитку поза будь-якими “насамперед установленими масштабами”, такого розуміння досягла філософська наука, а психологічна “перебуває лише на самому початку шляху освоєння багатства філософської думки” [8; 9].

Фундаментальні положення про норму психічного розвитку та сутність особистості дали підстави сформулювати і довести гіпотезу про рівні психічного розвитку:

1) власне особистісний, або особистісно-смісловий, рівень, визначається якістю смислових ставлень;

2) рівень реалізації, індивідуально-виконавчий (або індивідуально-психологічний) рівень; залежить від здібностей людини побудувати адекватні способи реалізації смислових орієнтацій прагнень;

3) психофізіологічний рівень, який визначається особливостями внутрішньої, мозкової, нейрофізіологічної організації активів психічної діяльності [8; 9]

Таким чином, *еталон здорової особистості* розглядається **Б. С. Братусем** як складне багаторівневе утворення, кожен рівень якого має свої критерії, свої особливі закономірності протікання, ступінь та якість здоров'я. Перший, психофізіологічний, рівень безпосередньо зв'язаний зі спадковими біологічними характеристиками, а другий і третій – є власне психологічними рівнями, які залежать від соціальних умов навчання та виховання.

У психології вже давно склалася традиція тричленного поділу; у поглядах на проблему психічного здоров'я її дотримується не тільки Б. С. Братусь. Так, розробляючи валеологічну концепцію здоров'я всебічно розвиненої особистості, А. В. Магльований, В. М. Бєлов, А. Б. Котова [18] формують уявлення про здоров'я як системну триєдність – фізичного, психічного та соціального статусів і компонентів, що є складниками їхньої внутрішньої структури. Блок-схема структури здоров'я, на їхню думку, являє собою ієрархічно розгалужене дерево, що включає щонайменше п'ять рівнів:

- 1 рівень – інтегральне індивідуальне здоров'я;
- 2 – статуси здоров'я;
- 3 – компоненти статусів здоров'я;
- 4 – складові компоненти;

5 – показники складників, виявлені лабораторними чи клініко-діагностичними методами та визначені методом тестування й опитування.

У сучасній психології з'явилося чимало нових концепцій психічного здоров'я та моделей здоров'я (С. І. Болтинець, О. Ф. Бондаренко, В. Д. Менделевич, І. Ф. М'ягков, П. І. Сидоров, Т. С. Яценко). Їх загальною характеристикою є тенденція до концентрації на розвитку, рості, самореалізації, самотворенні людини, здібності свідомо керувати своїми вчинками і нести відповідальність за них самих перед собою й іншими, розвиненій смисловій сфері, духовному піднесенні.

Описуючи психологічно здорову особистість, представлені вище вітчизняні дослідники вдаються до аналізу особистісної зрілості, рівноваги думок, почуттів і дій, актуалізації та реалізації можливостей, конгруентності тощо. Як свідчать їхні дослідження, здорова особистість є багатоаспектною. Така багатофакторність її характеристик іноді призводить до неточності у формулюванні окремих понять і вживанні окремих термінів. Так, О. С. Васильєва вважає доцільним під час здійснення оцінки психічного здоров'я підлітків розмежовувати поняття:

- психічного здоров'я та особистісного здоров'я;
- особистісного здоров'я й особистісної зрілості;
- особистісної незрілості та девіантної поведінки [10].

Щодо вживання термінів, то також потребують доосмислення, наповнення структурно-функціональним змістом і чіткого розмежування такі поняття, які розглядаються в різних підходах, іноді сформувалися на межі кількох наук, широко використовуються у психологічній, соціальній, медичній практиці з різноманітним тлумаченням. До них ми відносимо такі групи термінів:

- психосоматичне, соматичне, фізичне, тілесне здоров'я;
- психологічне, психічне, особистісне, емоційне здоров'я;
- соціальне здоров'я, здоровий соціум, психосоціальне здоров'я;
- повноцінна особистість, зріла особистість, здорова особистість, гармонійно розвинена особистість.

Таке розмаїття термінів вимагає детального аналізу й поглибленої роботи над визначенням станів і еталонів здоров'я та умовами здорового розвитку. Загальноприйнято вікову норму здорового функціонування психіки визначати за показниками

фізичного дозрівання, особистісного росту, соціальної ситуації розвитку. У взаємодії трьох процесів – соматичного, особистісного і соціального – домінуючим вважається особистісний розвиток. За баченням О. Ф. Бондаренка, в історії науки ці три процеси належать трьом науковим дисциплінам – біології, психології і соціології, – кожна з яких вивчає те, що може ізолювати, перераховувати і розчленовувати: окремі організми, індивідуальні свідомості, соціальні агрегати [5]. Однак, як висловлюється З. С. Карпенко, “на практиці ми маємо справу з троїстою єдністю одного процесу – людського життя. Гуманітарний підхід у психології вимагає вивчення людини як тотальної цілісності тіла, душі і духу” [12, 13]. Услід за автором ми теж усвідомлюємо всю важливість такої методологічної позиції і тому звернемося до деяких міркувань психологів-гуманістів та їх інтегративних моделей здорової особистості.

Нами вибраний для аналізу гуманістичний напрям у теоріях особистості, тому що саме його представники заклали основи вивчення повноцінного функціонування психіки й систематизованої розробки психологічного фундаменту здоров'я. У вітчизняній психології дослідницький інтерес до цієї проблематики тільки формується. Нова перспектива її розвитку зумовлює необхідність глибокого осмислення того, що вже досягнуто великими психологами минулого.

В основному можна підкреслити, що головним еталоном здоров'я і здорової особистості є адекватність, яка розглядається як відповідність дій особистості певній ситуації. Насправді надзвичайно складно оцінити ступінь адекватності, оскільки ситуація – система суб'єктивних та об'єктивних елементів, об'єднаних у діяльності особистості [20]. Суб'єктивність зумовлена і тим, що кожна дія людини є не стільки реакцією на оточення, скільки на власну інтерпретацію. Крім того, оцінити адекватність можна лише пост-фактум, урахувавши як відповідність на момент дії відтермінованим фактичним наслідкам, відтерміновану емоційну оцінку самою особою, відтерміноване відчуття відповідності й соціальні норми. Емоційні та поведінкові реакції також оцінюються з урахуванням їхньої адекватності. Передумовами адекватності поведінки є здібності, критеріями яких є копінг стратегії, механізми психологічного захисту, оптимізм, почуття гумору, креативність, антиципація та інтелект. Важливим критерієм вважають гнучкість реагування як

здатність змінювати поведінку із залученням необхідних ресурсів. Здібності є виявом досвіду в поєднанні зі здатністю креативно і конструктивно його застосовувати. Здібності є потужним ресурсом соціальної адаптації та особистісного розвитку [22].

Екзистенційно-феноменологічним еталоном психологічного здоров'я особисто є ідентичність та духовність. Незважаючи на широке поширення терміна “ідентичність”, його семантичне значення не має чіткого визначення, а різні концепції зосереджують увагу на різних аспектах. Ідентичність розуміють як інтегративне утворення особистості та глибинну характеристику саморегуляції поведінки людини (М. Боришевський, Т. Титаренко) [6; 7; 31], стрижневими елементами якої є суб'єктивні механізми психічної активності – самоприйняття, самовизначення, саморефлексії, самореалізації (Т. Говорун, О. Ічанська, Г. Ложкін, В. Татенко). Основою ідентичності є система цінностей та переконань. Ідентичність – тотожність людини самій собі, динамічне переживання внутрішньої цілісності та безперервності – пов'язана з поняттями душі, місії, автентичності й сенсу життя. Ідентичність ґрунтується на когнітивних матрицях і проявляється в “Я”-концепції, відчутті егоідентичності, самооцінці та самоактуалізації. Окрім того, критеріями властивостей ідентичності можна вважати прийняття себе й прийняття інших, а також прийняття відповідальності за своє життя¹.

Узагальнивши, можемо зробити висновок, що еталонами здоров'я та здорової особистості є забезпечення життєвих потреб щодо активного способу життя, досягнення власних цілей, адекватної та оптимальної взаємодії з людьми, соціальним й іншим оточенням. Здоров'я стосується семантичних аспектів психічного здоров'я, властивостей “Я” і ноогенної сфери людини, охоплює сутнісні властивості ціннісно-мотиваційної сфер людини, її переконання, властивості “Я” та ідентичність, а також духовну сферу. Проблема еталонів здоров'я потребує ретельного вивчення й аналізу з огляду на потенційну складність досліджуваного феномену і, хоча еталони психологічного здоров'я можна виокремити, питання оцінки його стану досі не розв'язане. Жоден із еталонів, зокрема, не може бути однозначно інтерпретованим, оскільки психологічне здоров'я особистості є інтегративною системою, яку необхідно розглядати не лише як

¹ Із розділу, підготовленим І. Галецькою “Критерії психологічного здоров'я” в книзі “Психологія здоров'я: теорія і практика”. – Л., 2006. – С. 118.

цілісний феномен, а й з урахуванням суб'єктивної об'єктивності ситуації та середовища.

У літературі зустрічаються окремі спроби охарактеризувати основні прояви здорової психіки за допомогою сукупності критеріїв (ідея комплексного підходу в оцінці психічного здоров'я). Щодо них можна зробити два загальних висновки. По-перше, поряд з очевидним розкидом думок проглядається певна повторюваність у виборі ряду критеріїв психічного здоров'я. По-друге, трактувати наведені переліки критеріїв слід як певну сукупність, тому що в них не закладено будь-якої класифікаційної ознаки, яка дозволила б надати їм можливу внутрішню організацію. ***Критерії психічного здоров'я, розподілені у відповідності з видами прояву психічного (властивості, стани, процеси), наводить А.Л. Крилов [207].***

Серед властивостей здорової особистості це:

- оптимізм;
- зосередженість (відсутність метушливості);
- врівноваженість;
- моральність (чесність, совістність та ін);
- адекватний рівень домагання;
- почуття обов'язку;
- впевненість в собі;
- необразливість (уміння звільнитися від прихованих образ);
- нелінивість⁴
- незалежність⁴
- безпосередність (природність);
- відповідальність⁴
- почуття гумору;
- доброзичливість;
- терплячість;
- самоповага;
- самоконтроль.

У сфері психічних станів здорової особистості зазвичай включають:

- емоційну стійкість (самооволодіння);
- зрілість почуттів відповідно віку;
- співволодіння з негативними емоціями (страх, гнів, жадібність, заздрість тощо);
- вільний, природний прояв почуттів та емоцій;
- здатність радіти;

- збереження звичного (оптимального) самопочуття.

З психічних процесів здорової особистості частіше згадуються:

- максимальне наближення суб'єктивних образів до відображення об'єктивної дійсності (адекватність психічного відображення);
- адекватне сприйняття самого себе;
- здатність концентрації уваги на предметі;
- утримання інформації в пам'яті;
- спроможності до логічної обробки інформації;
- критичність мислення;
- креативність (здатність до творчості, вміння користуватись інтелектом);
- знання себе;
- дисципліна (управління думками).

Особливе значення серед еталонів психічного здоров'я особистості надається:

- інтегрованості;
- гармонійності;
- консолідарності;
- врівноваженості;
- а також такій складовій її спрямованості, як духовність (пізнання, прагнення до істини);
- пріоритет гуманістичних цінностей (доброта, справедливість та ін);
- орієнтація на саморозвиток, збагачення своєї особистості.

З позицій самоуправління здорова особистість характеризується вираженістю:

- цілеспрямованості (набуттям сенсу життя);
- енергійності;
- активності;
- самоконтролю;
- адекватної самооцінки.

2.2. Модель здорової особистості в теоріях зарубіжних дослідників

Аналіз теорій моделей здорової особистості почнемо з поняття “здоров’я”, яке можна трактувати як “розвиток і рух у бік **самоактуалізації**”. Авторство цієї теорії належить **А. Маслоу**¹.

Про самоактуалізованих особистостей можна говорити, що вони вже досягли достатнього рівня задоволення своїх базових потреб. А далі ними рухає мотивація більш високого порядку, що називається “метою мотивації”.

Ідеться про людей, котрі впевнені в собі, їхня потреба в любові задоволена, у них є друзі, вони почувають себе улюбленцями й гідними любові, у них є статус і місце в житті, вони користуються повагою інших та достатньою мірою відчують власну цінність і самоповагу².

Самоактуалізована особистість:

- а) вільна від хвороби;
- б) досягла задоволення базових потреб;
- в) позитивно використовує свої можливості;
- г) мотивована тими цінностями, до яких вона прагне, а не тими, котрі їй нав’язані.

Можна відзначити, що **самоактуалізовані** люди знаходять задоволення:

- у радості від досягнення справедливості;
- у радості від запобігання жорстокості й експлуатації;
- у прагненні покарати зло;
- у тому, щоб робити добро;
- у заохоченні таланту, достоїнства, чесноти.

Такі люди, як правило:

- уникають слави, популярності, пошани, публічності;
- не вимагають, щоб їх любили всі без винятку;
- самі вибирають для себе сфери набування сил;
- не виправдовують жорстокості, агресивності;
- у будь-яких обставинах здатні сприймати добро і зло реалістично;
- приймають виклик, що кидає їм справа;
- мають почуття честі й достоїнства;
- не люблять неохайності, жорстокості, фальші й нещирості;

¹ Maslow A. Psychological Data and Value Theory // New Knowledge in Human Values.— N-Y., 1959.— P. 133–134.

² Maslow A. Health as a Transcendence of Environment // Issues in Human Behaviour. A Best of XIP Reader for Introductory Psychology.— Toronto, 1975.— P. 251–255.

- прагнуть звільнитися від ілюзій і сміливо дивитися правді у вічі;
- вважають, що в кожного повинен бути шанс цілком реалізувати свій потенціал.

Основними характеристиками психологічного здоров'я самоактуалізованих людей є:

1. Сприйняття реальності – ефективне сприйняття реальності й комфортні відносини з реальністю. Це – здатність до сприйняття фактів, на відміну від сприйняття світу крізь призму встановлених і загальноприйнятих думок або уявлень. Психічне здоров'я визначається як правильне сприйняття реальності. Важливою характеристикою самоактуалізованих людей є їхнє ставлення до невідомого. Здорових людей не лякає невідомість, невизначеність, вони не бачать у ній загрози або небезпеки для себе. Навпаки, усе невідоме притягує, і вабить їх [15, 190].

2. Прийняття (себе, інших). Здорова людина живе у злагоді із собою, не занадто засмучується з приводу своїх недоліків. Вона приймає свою сутність, далеко не завжди ідеальну, із усіма властивими їй вадами і недоліками. Здоровій людині не властиве самовдоволення і самомилування. У здорової людини немає почуття провини або тривоги, які б заважали їй. Вона здатна перемогти в собі такі недоліки і вади, як, наприклад, лінь або егоїзм, упередженість, заздрість, ревності [15, 192–193].

3. Спонтанність (простота, природність). Психологічною характеристикою здорових людей є незалежність у переконаннях, моральних принципах, що відображають притаманну їм своєрідність. Ці люди вміють чітко усвідомлювати свої власні імпульси, бажання, переваги й суб'єктивні реакції [15, 193–195].

4. Концентрація на проблемі (зосередженість уваги на зовнішніх стимулах, завданнях). Ця особливість психологічного здоров'я має на увазі те, що в людини є покликання і справа, якій вона присвячує себе без залишку, є важлива проблема, що вимагає всіх сил та енергії [15, 195–196].

5. Схильність до усамітнення – перебування на самоті без відчуття дискомфорту, бажання усамітнення. Відстороненість дає змогу людині бути стриманою, спокійною, невдачі й поразки не вибивають її із колії, не викликають некерованого сплеску емоцій як, наприклад, у менш здорових людей. Кожен із самоактуалізованих людей сам

формує свою думку, сам приймає рішення і сам відповідає за них, сам визначає та прокладає свою дорогу в житті [15, 196–197].

6. Автономія – незалежність від зовнішнього середовища, воля й активність. Головними мотивами самоактуалізованої людини є мотиви росту, і тому такі люди не залежать від зовнішніх обставин, від інших людей. Незалежність від середовища означає більш високу стійкість перед несприятливими обставинами, до потрясінь та ударів долі. Здатність зберігати мужність і самовладання у складних ситуаціях визначається як здатність до самовідновлення [15, 197–198].

7. Свіжість сприйняття – новий погляд на речі. Психологічною характеристикою здоров'я є уміння цінувати прекрасне, хоча кожний сприймає його по-своєму. Для одних джерелом краси стає природа, інші обожнюють спорт, треті одержують насолоду від музики; але всіх їх поєднує одне – вони черпають натхнення, захоплення і силу в базових, основних цінностях життя [15, 198–199].

8. Пікові переживання – містичні переживання, пов'язані із сильними емоціями, які стають всепоглинаючими, хаотичними. “Здорові”, самоактуалізовані люди здатні практично й ефективно функціонувати в реальному світі, без пікових переживань і таким чином вони здатні присвятити себе покращенню соціального світу [15, 199–200].

9. Людська спорідненість – глибоке почуття причетності, симпатії і прихильності до людства в цілому. Самоактуалізовані люди відчують взаємозв'язок з оточуючими, ніби всі люди – члени однієї сім'ї [15, 200].

10. Скромність і повага до оточуючих – демократія в найглибшому розумінні цього слова. Самоактуалізовані люди готові проявляти дружнє ставлення до будь-якої людини, незалежно від соціального статусу, політичних поглядів, раси чи кольору шкіри; готові вчитися в кожного і навчати кожного [15, 200–201].

11. Міжособистісні стосунки – готовність проявляти любов, розуміння, включеність. Самоактуалізовані люди схильні до проявів доброти, толерантності, співчуття до всіх представників людства. Разом з тим вони можуть протистояти нахабству, брехні, надмірній самовдоволеності [15, 201–202].

12. Етика – розпізнавання хорошого і поганого в повсякденному житті. Самоактуалізовані особистості не переживають сумнівів, внутрішніх конфліктів; для них не притаманна

непослідовність поведінки під час виникнення етичних проблем. Вони мають визначені моральні стандарти, етичний кодекс і діють відповідно до нього, не порушуючи його принципів [15, 190].

13. Засоби і цілі – уміння відрізняти засіб від мети, добро від зла. В поведінці самоактуалізованих людей чітко спостерігається їхнє вміння відрізняти засоби від мети; ці люди орієнтовані на мету, а засоби підлеглі меті. Як правило, причини їхніх учинків криються в самій діяльності й у переживаннях, пов'язаних із цією діяльністю. Вони вміють одержувати задоволення від самого процесу, вміють відчувати самоцінність діяльності, і вона важлива для них не менше, ніж результат [15, 203].

14. Почуття гумору (одна з перших характеристик самоактуалізованих людей). Злісні, образливі або вульгарні жарти їх не забавляють. Їм подобається м'який гумор, іронія [15, 203].

15. Креативність (здатність бачити краще від інших, уміння творити). Це – універсальна характеристика всіх самоактуалізованих людей, яку можна назвати оригінальністю, винахідливістю або творчістю: чим би не займалася креативна людина, що б вона не робила, їй властиве творче ставлення до того, що відбувається [15, 204–205].

16. Протистояння прийняттю культурних норм (опір культуральним впливам). Відносини самоактуалізованої здорової людини з культурою досить неоднозначні. Вони схильні приймати сформовані стандарти у тому випадку, якщо це не суперечить їхнім принципам і переконанням. Одяг, зачіски, форми ввічливості – усе це несуттєво, якщо вони не торкаються їхніх моральних принципів. Терпимість у жодному разі не означає сліпої ідентифікації зі звичаями культури. Однак вона не викликає юнацького бунтарства стосовно встановлених стандартів. Самоактуалізована людина будує своє життя не за законами конкретного суспільства, не за законами якоїсь культури, а за загальними людськими законами й законами власної людської природи. Здорові люди, приймаючи зовнішні атрибути культури, залишаються внутрішньо незалежними від неї [15, 205–207].

17. Недосконалість (самоактуалізовані люди теж роблять помилки). Самоактуалізовані люди – це здорові нормальні люди зі своїми недоліками. Так само, як і звичайні люди, вони можуть піддаватися шкідливій звичці, бути впертими та дратівливими, вони не застраховані від марнославства, гордості й упередженості. Є люди, яких можна назвати гарними і навіть великими. Є творці, провидці та

пророки, здатні підняти людей і повести за собою. Таких людей небагато, але навіть вони недосконалі [15, 207–209].

18. Цінності (самоактуалізовані індивіди автоматично забезпечуються низкою життєвих цінностей завдяки своїй внутрішній динаміці). В основі системи цінностей самоактуалізованої людини лежить її філософське ставлення до життя, її самоузгодженість зі своєю біологічною природою, прийняття соціального життя і фізичної реальності. Наприклад, такі відносини, як “учитель-учень”, що часто стають відносинами протиборства, в інтерпретації самоактуалізованого педагога – це не відносини протистояння, не арена боротьби по-різному спрямованих бажань та інтересів, а приємна можливість співпраці з учнем, можливість спільного дослідження і спільного пізнання істини [15, 209–211].

19. Вирішення протиріч (подолання полярності в житті). Самоактуалізований індивідум подолав протиріччя, об’єднав частини в ціле, піднявся на рівень наджиттєвої цілісності. Непримиренні антагонізми, такі як серце і розум, інстинкт та логіка не є такими для здорової людини, інакше кажучи, бажання не вступають у конфлікт із розумом [15, 211–212].

Від теорії та моделі здорової особистості А. Маслоу перейдемо до одного із найбільш відомих психологів ХХ століття – **Гордона Олпорта** (1897–1967), який запропонував **гуманістичну ідею здорової особистості**. Але перш ніж перейти до опису розробленої ним ідеї, розглянемо психологічну автобіографію її автора.

Четверта й остання дитина; у дитячих іграх найчастіше була замкнутим, хоча вдавалося бути “зіркою” в маленьких компаніях друзів; мати – шкільна вчителька – формувала звичку до філософських пошуків відповідей на основні релігійні питання; у дитячому досвіді фігурували прибирання офісу, миття аптечних склянок, спілкування з пацієнтами батька (батько ніколи не визнавав канікул і займався різносторонньою діяльністю); за рейтингом шкільної успішності займав друге місце серед 100 учнів випуску; за рекомендацією брата вступив у Гарвард і саме в студентські роки визначився з майбутнім – увагою заволоділи психологія та соціальна етика; із Гарвардом зв’язок так чи інакше утримувався 50 років; під час усіх студентських канікул працював у різних соціальних службах, допомагаючи людям вирішувати їхні проблеми; важливою, хоча достатньо травмуючою, подією для двадцятидворічного юнака була перша і єдина зустріч із З. Фрейдом; у двадцять чотири роки була

захищена дисертація на тему “Експериментальне дослідження рис особистості та їхнє ставлення до завдань соціальної діагностики”, хоча деякий період сумнівався у своїй професійній компетентності; два роки стажувався в Європі; прийняв пропозицію викладати в Гарварді; старші інтелектуальні наставники і друзі характеризувалися спільною рисою – виключною особистісною та професійною чесністю; інтенсивно працював над проблемою особистості й загальними темами соціальної психології; один із засновників факультету соціальних відносин; перший професор соціальної етики [24].

Знайомлячись із дитячим, студентським та професійним досвідом Г. Олпорта й оцінюванням ним власних життєвих подій, ми простежуємо формування особистості професіонала в певних соціальних умовах і визрівання домінуючої ідеї психолога-дослідника, яка зумовила відповідний стиль відносин із колегами-науковцями та колегами-студентами. Як указує у своїх працях К. В. Сельченко, Г. Олпорт передбачав, що необхідно прикласти зусилля до розробки теоретичної системи, яка б дозволила розібратися в цілісності людського досвіду і справедливо оцінила природу людини. В самого Г. Олпорта, за його ж ствердженням, ніколи не було суворо визначеної програми дослідження. Він не намагався заснувати “школу” психологічної думки. Він заохочував студентів, які працювали з ним, братися за будь-яку цікаву проблему, яка стосується особистостей, характеристик особистостей чи груп особистостей [22; 24].

Аналіз життєвого і професійного шляху Г. Олпорта дає підстави виділити основні його наукові позиції в психології:

- найбільш впливовий прихильник диспозиційного напряму та поєднання гуманістичних й індивідуальних підходів у вивченні людської поведінки;
- автор теорії рис особистості;
- виділяє ядро особистості (пропріум) та основні аспекти його функціонування від дитинства до зрілості;
- розробляє теорію функціональної автономії;
- довготривало працює над створенням адекватного опису здорової особистості [24].

Основні положення, розроблені Г. Олпортом, складають основу гуманістичної ідеї здорової особистості. Як кожен персонолог,

Г. Олпорт значну, але більш прискіпливу увагу присвятив розгляду поняття особистості, описавши і класифікувавши понад п'ятидесят різноманітних визначень. Це дало змогу досліднику виявити методологічну помилку сучасної йому психології: на його думку, майже відсутні визначення здорової особистості, а теорії особистості будуються на вивченні, як правило, нездорових або незрілих особистостей [23, 210; 24].

Невід'ємною частиною *Олпортівської моделі здорової особистості* є критерії психологічної зрілості. Їх виділяють шість [23, 211]:

1) широкі межі “Я”, активна участь у трудових, сімейних та соціальних взаєминах;

2) здатність до теплих, сердечних соціальних контактів (дружної інтимності та співчуття);

3) емоційна стійкість і самоприйняття;

4) реалістичне сприймання людей, об'єктів, ситуацій, вибудовування реальних цілей, досвід та рівень домагань;

5) здатність до самопізнання і наявність почуття гумору (“самооб'єктивність” – чітке уявлення про свої сильні та слабкі сторони);

6) цілісна життєва філософія (домінуюча ціннісна орієнтація, яка складає об'єднуючу основу життя)¹.

Відповідно до аналізу праць автора, можна зробити висновок про те, що Г. Олпорт бачив особистісний ріст як безперервний процес становлення, який триває протягом життя і визначається пріоритетними цілями.

Порівнюючи системи цінностей у різних індивідуумів, він виділяє головні й залежно від них описує *типологію ціннісних орієнтацій і, відповідно, типологію людей*:

- теоретична (пошук істини);
- економічна (пошук вигоди, практичності);
- естетична (інтерес до форми та гармонії);
- соціальна (потреба в любові людей і до людей);
- політична (прагнення до влади);
- релігійна (пізнання єдності світу та пошук сенсу життя).

У працях видатного вченого часто використовуються поняття *“здорова особистість”* і *“зріла особистість”*. Вони вживаються як тотожні. Створюючи психологічний портрет зрілої особистості,

¹ Цит. за: Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение).– СПб., 2003.– С. 288–290.

Г. Олпорт підкреслює якісну відмінність між зрілою та незрілою, або невротичною, особистістю.

Характеристики здорової особистості:

- функціонально автономна;
- мотивована усвідомленими процесами;
- має сформований “пропріум”.

Щодо характеристики зрілої особистості, то Г. Олпорт не задовольнився розробленими конструктами “его”, “стиль життя” і запропонував новий термін – пропріум. Пропріум розглядається ним як позитивна, творча розвиваюча властивість людської природи. Ця якість має усвідомлюватись як центральна і найбільш важлива. Її розвиток від дитинства до зрілості проходить *сім* різних аспектів, так званих *пропріативних функцій*:

1. Відчуття власного тіла як тілесної основи самосвідомості.
2. Відчуття самоідентичності.
3. Почуття самоповаги, яке базується на усвідомленні успішності, досягненні різних цілей.
4. Розширення самості за рахунок усвідомлення зовнішніх об’єктів як “моїх” або “пов’язаних зі мною”.
5. Образ себе, здатність уявляти себе і думати про себе.
6. Раціональне керування самим собою.
7. Пропріативне прагнення, яке виражається в постановці й досягненні перспективних цілей та в процесі самовдосконалення [1].

Перші три функції проявляються в перші три роки життя людини; *четверта і п’ята* – у віці від чотирьох до шести років; для періоду 6–12 років характерна *здатність раціонально вирішувати життєві проблеми*; після 12 років формується *пропріативне прагнення*.

Усі вищеназвані аспекти синтезуються в єдине ціле і виступають суб’єктивною стороною “Я”. На думку Г. Олпорта, є ще одна функція – пізнання самого себе. Завдяки цій силі і формується унікальність людського життя.

Виділені Г. Олпортом аспекти самості відіграють велику роль у формуванні здоров’я, особистісної зрілості. Дехто з дослідників вважає їх основною умовою здорового розвитку. Так, О. С. Васильєва та Ф. Р. Філатов відзначають: “Якраз повноцінне, природне формування цих аспектів самості і забезпечує особистості здоров’я і зрілість. Так що поступове розкриття в індивідуумі перерахованих пропріативних функцій може бути визнано основною умовою здорового

розвитку. Вони повільно еволюціонують, і в результаті їх кінцевої консолідації формується “Я” – як об’єкт суб’єктивного пізнання і самовідчуття. Коли щось перешкоджає розвитку цих функцій, є ризик, що самість почне деформуватись і виникнуть реальні труднощі в набутті індивідуумом психологічної зрілості” [1; 10]. Ми розділяємо процитовані думки російських учених, вважаємо методологічно виваженим кроком детальне вивчення необхідних і достатніх умов індивідуального поступового розгортання самості, розкриття психічних механізмів тілесного та духовного саморозвитку тощо. Постановка і вирішення таких питань – нелегке завдання, але воно зумовлюється вкрай гострою ситуацією масового нездоров’я населення, постійним зростанням кількості психічних і психосоматичних захворювань у світі, з одного боку, та соціальним замовленням на творчу, самодіяльну, конгруентну особистість, здатну розвивати себе до акмерівня – з другого боку.

Таким чином, аналіз моделі здорової особистості у світлі теорій Г. Олпорта, дає змогу зробити висновок про те, що здоров’я ототожнюється з особистісною зрілістю, яка набувається в процесі особистісного росту і передбачає формування пропріативного ядра, цілісної філософії життя та цілеспрямованості. І хоча Г. Олпортом не запропоновані конкретні механізми здорового розвитку, за що його теорія піддається критиці, усе-таки спроба сформулювати наукове уявлення про здоровий індивідуум й описати процес вільного природного саморозкриття особистості, заслуговує великої уваги сучасників, заражає пафосом переосмислення проблеми здоров’я і патології. Учені сьогодення не втрачають інтерес до питань критеріїв психічного здоров’я, соціальних детермінант здоров’я, тілесної самосвідомості та особистості тощо.

Близькими судженням Г. Олпорта про наявність у людини системи цінностей як найважливішої умови здоров’я є погляди **Віктора Франкла**, який стверджує, що людина, окрім інших потреб, володіє глибоким внутрішнім бажанням *надати своєму життю як можна більше сенсу*. Прагнення до сенсу є специфічним явищем людини, у той час як у тварин її заміняють інстинкти [23, 212]. Сенс життя у кожної людини є унікальним і змінюється на різних етапах її існування. Сама реальність ставить перед людиною завдання, які можуть скласти сенс її життя. Важливо, аби людина побачила ці завдання і віднайшла серед них ті, які дають їй змогу актуалізувати своє власне життя в її унікальних і єдиних можливостях. Почуття

втрати сенсу свого життя В. Франкл визначає як екзистенційний вакуум, чи екзистенційна фрустрація. Так само як фрустрація інших потреб може призвести до клінічних неврозів, екзистенційна фрустрація породжує специфічний тип ноогенного неврозу (від грец. *noos* – дух, розум, сенс) [23, 212]¹.

Відповідно до теорії В. Франкла, існують три можливості досягти сенсу життя й одержати від цього задоволення:

- виконати будь-яку справу або створити будь-що;
- чогось очікувати або когось любити;
- перебороти складну драматичну ситуацію, яку немає можливості змінити [32].

В. Франкл стверджує, що людина сповнена не прагненням влади і не бажанням задоволення, а насамперед прагненням до сенсу життя. Стимульована саме цим прагненням, людина додає всіх зусиль, щоб знайти сенс і реалізувати його, а також зустрітися з іншою людською істотою і полюбити її. Обидва ці фактори дають змогу людині пережити щастя й задоволення [32].

Отже, теорія В. Франкла підводить нас до таких висновків: сенс життя полягає в тому, щоб приносити користь іншим людям, пам'ятати про те, що людина є найбільшою цінністю. Завжди в будь-яких життєвих обставинах потрібно задавати собі питання про сенс життя і знаходити на нього відповідь.

У параграфі “Психологічне здоров’я” книги “Психологія здоров’я: теорія і практика” І. Галецька відзначає, що **характеристика здорової особистості В. Франка** ґрунтується на критеріях внутрішньої свободи. Це насамперед:

- свобода вибору власних дій;
- покладання на себе відповідальності за своє життя і долю;
- недетермінованість зовнішніми силами;
- наявність сенсу життя як стрижневого елементу;
- спроможність свідомо контролювати власне життя;
- здатність і свобода визначати власні цінності;

¹ Існування таких неврозів було підтверджено В. Франклом експериментально. За даними, отриманими за допомогою спеціально розробленого опитувальника, близько 20 % пацієнтів клінік мають ноогенний невроз за походженням (Frankl V. The Doctor and The Sole. From Psychotherapy to Logotherapy. – Bantam books. – Toronto; N-Y.; L., 1971. – P. XI).

– подолання тривожності стосовно себе¹.

Кожна із запропонованих В. Франклом характеристик охоплює певний аспект внутрішньої свободи як провідної цінності і сили у житті, найвищого рівня розвитку людини як істоти розумної. Свобода базується на антропологічних здібностях людини: самодистанціюванні – виборі позиції відносно самої себе та самотрансценденції – здатності подолати саму себе, вийшовши за власні межі [32].

Звернемося до теорії розвитку особистості **Ніколаса Енкельмана**. Розвиток особистості, відповідно до теорії Н. Енкельмана, є ефективною навчальною програмою, а метою цього – формування упевненої особистості.

Н. Енкельман пропонує такі *принципи розвитку особистості*:

1. Тільки людина має здатність свідомо обмірковувати, планувати і здійснювати свої задуми. Тільки вона може цілеспрямовано впливати на себе, а отже – на свою долю і майбутнє.

2. На початку будь-якої справи виникає ідея. Існує тільки те, про що думають.

3. Думки формуються і розвиваються в підсвідомості під впливом самої людини або під впливом зовні.

4. Підсвідомість – будівельний майданчик життя і робоче приміщення душі – вона прагне реалізувати кожну думку.

5. У результаті схвалення цільового рішення увагу можна спрямувати на будь-яке обране питання.

6. Узгодженість активізує сили, у результаті неузгодженості життєві сили зникають.

7. Постійне повторення однієї і тієї ж ідеї перетворює її спочатку у віру, потім у переконання. Віра веде до дії. Концентрація веде до успіху. Повторення веде до майстерності [21, 45].

Н. Енкельман пропонує п'ять заповідей правильної поведінки особистості з оточуючими:

1. Уважне ставлення й повага до кожної людини, у тому числі й до себе.

2. Терпиме сприйняття індивідуальних особливостей та усвідомлення унікальності кожної людини.

3. Інтерес до бажань і потреб інших людей.

4. Вираження схвалення співробітникам та надання їм допомоги.

¹ Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія і практика.– Л.: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006.– С. 111.

5. Підтримка відкритих, позбавлених почуття страху відносин [21, 45].

Н. Енкельман проголошує девіз: “Завжди здобувати перемогу в життєвій боротьбі”. На думку вченого, для того, щоб наша планета вижила й існувала ще довгий час, нам потрібні переможці, безліч переможців, причому у всіх сферах діяльності. Перемагати не означає вести боротьбу. ***Агресія не може бути рушійною силою процвітаючої і психологічно здорової людини.*** Особистість керується бажанням вирішувати проблеми і приносити користь. Той, для кого рушійною силою є агресія, не здатний творити, не може довгий час досягати успіху. Агресію породжують невирішені проблеми, не використаний досвід і люті, що нагромадилась. Агресія носить руйнівний характер і негативно позначається на здоров’ї. Агресивні дії ведуть до руйнувань у будь-якій сфері, тому вони ніяк не можуть увінчатись успіхом, тому що успіх – це завжди творення [21, 45–46].

Н. Енкельман розробив систему розвитку особистості й досягнення успіху, що сприяє зміцненню і збереженню психологічного здоров’я людини. Люди, якими рухає сила волі, вроджена завзятість, активність і самодисципліна, називаються авторами теорії переможців; для того, щоб стати переможцем, треба додержуватися таких принципів [21, 46]:

1. Переможці не бояться робити помилок. Помилки допомагають знайти ту “деталь”, що не функціонує. Завдяки помилкам накопичується досвід.

2. У переможців завжди є якась мрія, але вони не фантазери. Щоб досягти своєї мети, прийдеться витратити багато часу і сил та необхідно передбачати ймовірність невдачі. Приступаючи до справи, потрібно налаштувати себе психологічно на те, що шлях до мети буде довгим і складним.

3. Переможці завжди шукають нові варіанти. У США проведено дослідження, у ході якого була проаналізована діяльність чотирьох підприємців, котрі стали мільйонерами у віці 35 років. Кожний із них перепробував у середньому 17 різних видів діяльності, поки не знайшов ту сферу підприємництва, що привела до багатства. Протилежністю їм є “ті, що зазнають поразки”. Як правило, вони знову і знову повторюють ту саму помилку, щораз повертаючись до початку вже пройденого невдалого шляху.

4. Переможці самі стимулюють себе. Ця необхідність змушує переможця діяти під девізом: “Я хочу, я можу, я стану”.

5. Переможці захоплені досягненням мети.

6. Переможці знають собі ціну. Людина, яка домагається успіху, має чітке уявлення про самого себе, вона здатна тверезо визначити свої достоїнства і недоліки.

7. Переможець любить свою справу. Нагородою для нього є сам процес виконання роботи.

8. Переможці працюють за планом, вони стають такими не завдяки щасливому збігові обставин. Ними стає той, хто продумує план своїх дій, хто використовує свій досвід і вірить у свої сили. Людина є тим, ким себе вважає [21, 46–47].

Отже, можемо зробити висновок, що Н. Енкельман бачить здоровою ту особистість, яка впевнена у собі, вміє долати перешкоди, справляється зі стресом, володіє позитивним мисленням.

Цікавою, з точки зору здорової особистості, є робота **П. І. Калью** [23, 41]. Автор розглядає **79 визначень здоров'я людини**, сформульованих представниками різних наукових дисциплін у різний час у різних країнах. Наведений перелік є далеко не повним, але навіть він, як пише П. І. Калью, вже надихає як різноманіттям трактовок, так і різновидністю ознак, які використовуються під час трактування цього поняття. Без сумніву, теоретичне та практичне значення має виділення найбільш типових істотних елементів визначення здоров'я. Спираючись на висновки автора, можна виділити деякі домінуючі підходи.

1. Нормальна функція організму на всіх рівнях його організації:

- організму;
- органів;
- гістологічних, клітинних і генетичних структур;
- нормальне протікання фізіологічних та біохімічних процесів, які сприяють індивідуальному виживанню і відтворенню.

Із точки зору цього підходу, нормальне функціонування організму в цілому – один з основних елементів поняття “здоров'я”. Для всіх характеристик людського організму (анатомічних, фізіологічних, біохімічних) вираховуються середньостатистичні показники норми. Організм є здоровим, якщо показники його функцій не відхиляються від відомого середнього (нормального) їх стану. Коливання у межах верхньої та нижньої норм розцінюються як допустимі. Відповідно, відхилення від норми, яке порушує структуру органа або послаблює його функціонування, можна вважати

розвитком хвороби. Однак, не кожне відхилення від норми трактується як хвороба. Межа між нормою та не нормою (хворобою) не носить суворого характеру. Вона має досить індивідуальний характер. Те, що для однієї людини є нормою, для іншої виступає хворобою. Тому вводиться поняття “передхвороба” – стан, перехідний від здоров’я до хвороби. Стан “передхвороби” має вже деякі патологічні ознаки, але, усе ж, ще не порушує здоров’я, а тільки несе в собі об’єктивні передумови для цього. Самі ж уявлення про норму постійно уточнюються у зв’язку із новітніми досягненнями медицини, біології. Індивідуальна норма не може бути постійною, жорстко фіксованою протягом довгого часу. Її значення не є незмінним на різних етапах онтогенезу й має уточнюватися відповідно до віку [23, 42].

2. Динамічна рівновага організму та його функцій із навколишнім середовищем:

- здоров’я є гармонією, рівновагою, а хвороба – це їх порушення;
- підтримка внутрішньої рівноваги в організмі індивіда базується на його рівновазі з оточуючим середовищем;
- здоровою можна вважати ту людину, для якої характерна рівновага між усіма органами тіла;
- здоров’я є результатом установленної рівноваги (внутрішньої щодо зовнішньої) [23, 42].

3. Здатність до повноцінного виконання основних соціальних функцій, участь у соціальній діяльності й суспільно корисній праці. Ця ознака трапляється в багатьох визначеннях здоров’я. Автори, котрі це використовують, намагаються підкреслити, що соціально здоровою людиною слід вважати ту, яка сприяє розвитку суспільства [23, 44].

4. Здатність організму пристосовуватися до постійно мінливих умов існування в оточуючому світі, здатність підтримувати стабільність внутрішнього середовища організму, забезпечуючи нормальну й різнобічну життєдіяльність та збереження живого початку в організмі – це також дуже поширена ознака у визначеннях здоров’я. У цьому випадку робиться акцент на адаптації як одній із головних й універсальних якостей біосистем, їхній провідній ознаці здоров’я [23, 44].

5. Відсутність хвороби, хворобливих станів, хворобливих змін, тобто оптимальне функціонування організму за відсутності ознак захворювання чи будь-якого порушення. Звернення до цієї

ознаки в силу її очевидності найбільш традиційне. В її основі лежить проста логіка: здоровими можуть вважатися ті люди, які не потребують медичної допомоги [23, 44].

6. Повне фізичне, духовне, розумове й соціальне благополуччя, гармонійний розвиток фізичних і духовних сил, принцип єдності організму, саморегуляція та врівноважена взаємодія всіх органів. Ця ознака співзвучна з визначенням здоров'я із преамбули Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я 1948 р. У ній зазначається, що здоров'я – це такий стан людини, якому притаманна не лише відсутність хвороб чи фізичних дефектів, а й повне фізичне, духовне та соціальне благополуччя. Такого формулювання, як правило, не уникає жоден зі спеціалістів, котрий займається проблемою здоров'я людини. При цьому воно часто піддається критиці через слабку практичну спрямованість [23, 44].

За П. І. Калью, здорову особистість можна розглядати в таких чотирьох моделях здоров'я:

Медична модель здоров'я: наявність в особистості лише медичних ознак та характеристик здоров'я, тобто відсутність хвороб та їх симптомів.

Біомедична модель здоров'я: відсутність у людини органічних порушень та суб'єктивних скарг на здоров'я. Увага акцентується на природно-біологічній сутності людини, підкреслюється домінуюче значення біологічних закономірностей у життєдіяльності людини й у її здоров'ї.

Біосоціальна модель здоров'я: включаються біологічні та соціальні ознаки людини, які розглядаються в єдності, але при цьому, соціальним ознакам надається пріоритетне значення.

Ціннісно-соціальна модель здоров'я: здоров'я розглядається як особлива цінність для людини, необхідна передумова для повноцінного життя, задоволення матеріальних і духовних потреб, участі в праці й соціальному житті, в економічній, науковій, культурній та інших видах діяльності [23, 42–44].

Отже, П. І. Калью визначає здорову особистість, не як сталу, а як динамічну одиницю, яка здатна змінюватися в часі й просторі.

Цікавою є також **модель здорової особистості за визначенням Альберта Елліса**. І. Галецька вказує, що А. Елліс сформулював положення, які ґрунтуються на розумінні того, що нормальне функціонування людини базується на раціональній системі оціночних

когніцій, пов'язаних між собою гнучкими зв'язками¹. Якщо **ірраціональні установки** – джерело психічних розладів – мають абсолютистський характер унаслідок сталих зв'язків між дескриптивними й оцінювальними когніціями, то **раціональна система оціночних когніцій** має ймовірнісний характер. Говорячи про раціональність переконань, А. Елліс звертає увагу не лише і не стільки на їхній зміст, скільки на недогматичність та гнучкість як системи. А. Елліс трактує людину як самооцінювальну, самопідтримувальну, саомовлячу істоту, якій від народження притаманний різноспрямований потенціал: раціональність – ірраціональність; конструктивність – деструктивність; прагнення залежності – прагнення незалежності; потреба любові – прагнення руйнувати; прагнення зростання і творення – агресія, аутоагресія та руйнування. Раціональна система переконань, як основа психологічного здоров'я, поєднує індивідуалістичні й просоціальні інтереси та переконання. **Тринадцять вимірів психологічного здоров'я А. Елліса (1999) стосуються індивідуальних переконань**, хоча описані здебільшого як дії чи поведінка:

1. Індивідуалістичність – здатність дбати про власне добро, чинити відповідно до власних потреб (слід ураховувати потреби інших, але власні – на першому місці; не займатися мазохізмом і не присвячувати себе іншим).

2. Соціальний інтерес і повага – товариськість у стосунках із людьми, потреба й здатність мати добрі контакти; не ранити нікого даремно, співпрацювати, інколи бути альтруїстичним, сталим в емоційних відносинах; перебування в товаристві є приємним.

3. Автономність – прийняття відповідальності за власне життя, потреба незалежності, проте людина прагне прийняття соціального, але не вважає це завжди обов'язковим.

4. Толерантність – визнання права на помилку, утримання від нереалістичних очікувань; інтелектуальна еластичність.

5. Акцептація багатозначності та непевності – врахування факту проби – білістичності світу, де ніщо не є остаточним і певним, “якщо щось і не вдалося – шкода, але земля після цього не перестане крутитися!”.

¹ Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія і практика.– Л.: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006.– С. 104–106.

6. Гнучкість мислення – гнучкість та чутливість до змін, відкритість досвіду, недогматичність: здатність визнати власну помилку за наявності доказів.

7. Науковість мислення – об'єктивність, раціональність у перевірці власних гіпотез; недогматичність й еластичність висновків.

8. Заангажованість – активне прагнення пізнати інших людей та світ; пошук творчого й оригінального способу розв'язання завдань; самостійне продукування ідей, без потреби стороннього керівництва.

9. Здатність ризикувати – самореалізація, що завжди містить елемент ризику та експерименту; прагнення реалізувати власні цілі навіть тоді, коли існує ризик невдачі.

10. Самоакцептація – повна й безумовна, “люди уникнули б багатьох проблем і розблокували б власну самореалізацію, якби оцінювали лише власні думки, відчуття й рівні та уникали глобальної оцінки власної особи”; безумовна акцептація інших без надмірного узагальнення на підставі кількох параметрів.

11. Гедоністичне ставлення до життя – це прагнення одержати задоволення від життя, здатність побачити радість життя; не варто обирати терпіння в надії на краще майбутнє.

12. Відсутність перфекціонізму – визнання того, що ніхто не буде діяти перфекційним способом, оскільки це просто неможливо; не очікують лише радості й щастя, як і не сподіваються цілковитої їх відсутності.

13. Прийняття відповідальності за власні проблеми – ні інші люди, ні соціальні умови не винні у моїх (Ваших) власних нещастях, клопотах та аутодеструкційних думках, відчуттях, поведінці.

“Людям заважають не речі, а те, якими вони їх бачать”, – цей вислів Епіктета А. Елліс часто цитував як ілюстрацію того, що людина відображає та переживає дійсність відповідно до стилів інтерпретацій, основою яких є система індивідуальних переконань¹.

Отже, теорія здорової особистості А. Елліса передбачає різноспрямованість потенціалу, раціональність когніцій, відповідальне ставлення до життя.

Дослідник Л.А. Руїс, обґрунтовуючи методологічні засади психології здоров'я, **аналізує модель комплексного процесу "здоров'я-хвороби" (ПЗХ)**. Цитуючи Perez, він виділяє три рівні моделі ПЗХ:

¹ Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія і практика.– Л.: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006.– С. 106.

1. Макросоціальний: взаємовідносини між суспільно-економічною формацією як єдиним цілим і станом здоров'я населення.

2. Груповий: відношення між способом і умовами життя певної групи населення (країни, міста).

3. Індивідуальний: відношення між індивідуальним стилем життя, умовами життя і станом здоров'я.

Д.Шульте пропонує для організації досліджень окремих проблем здоров'я використовувати "**модель здоров'я**", яка, за його словами, аналогічна до "моделі хвороби" [219] і включає в себе 4 площини:

- передумови здоров'я (біологічні, соціальні, психологічні чинники, превентивні й саногенні фактори);
- власне здоров'я (відчуття щастя, задоволеність, відсутність дефекту);
- добре самопочуття (відсутність скарг і хворобливих симптомів);
- наслідки здоров'я (роль здорової людини і свобода поведінки).

У побудові даної моделі автор виходить з визначення здорової людини Р.Бекер: здоровою є працездатна людина, яка оптимально відповідає "нормальним" рольовим очікуванням і в змозі справитися зі щоденними вимогами, в результаті чого не має потреби приписувати їй особливу роль хворого [227]. Роль здорового лише тоді приписується ясно й визначено, коли, окрім відсутності ознак, які вказують на наявність хвороби, людина ще вважається фізично сильною і врівноваженою [238].

Питання для самоконтролю

1. Теорія самоактуалізації особистості А. Маслоу.
2. Фундаментальні потреби людини: потреби нижчих і вищих рівнів.
3. Способи поведінки, що ведуть до самоактуалізації.
4. Характеристики самоактуалізованої особистості.
5. Теорія пошуку сенсу життя В. Франкла.
6. Теорія Н. Енкельмана про владу мотивації.
7. Принципи розкриття особистості (за Н. Енкельманом).
8. Сучасні погляди на психологічну проблему здоров'я людини.

9. Психологія якостей зрілої особистості.
Характеристика психічного здоров'я самоактуалізованих людей.

Тема практичного заняття

Особливості уявлень молоді про здоров'я та ідеал здорової людини

Література

1. Альбуханова-Славская К. А. Стратегия жизни.— М.: Мысль, 1991.— 299 с.
2. Балл Г. А. Психологическое содержание личностной свободы: сущность и составляющие // Психол. журн.— 1997.— Т. 18.— № 5.— С. 7–18.
3. Балл Г. До визначення засад раціогуманістичного підходу в методології психологічної науки // Психологія і суспільство.— 2000.— № 2.— С. 74–90.
4. Бахтин М. М. К философии поступка // Философия и социология науки и техники. Ежегодник 1984–1985.— М.: Наука, 1986.— С. 80–160.
5. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика.— К.: Укртехпрес, 1997.— 216 с.
6. Боришевський М. И. Духовність як основа громадської свідомості та самосвідомості особистості // Психологія – школі: Зб. матеріалів Другого міжрегіонального наук.-практ. семінару. Рівне, 16–18 січ. 1997 р.— К., 1997.— С. 70–75.
7. Боришевский М. И. Развитие саморегуляции поведения школьников: Дисс. ... д-ра психол. наук: 19.00.07.— К., 1992.— 77 с.
8. Братусь Б. С. К проблеме нравственного сознания в культуре уходящего века // Вопр. психологии.— 1993.— № 1.— С. 6–13.
9. Братусь Б. С. Психологическое и нравственное пространство нормы // Журн. практикующего психолога.— Вып. 3.— К., 1997.— С. 6–15.
10. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Уч. пособ. для студ. высш. уч. заведений.— М.: Изд. центр “Академия”, 2001.— 352 с.
11. Дідковська Л. І. Особливості уявлень про своє майбутнє у старшокласників із соматичними порушеннями: Автореф. дис. ...

канд. психол. наук: 19.00.07 (Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України).– К., 2003.– 19 с.

12. Карпенко З. С. Аксіопсихологія особистості.– К.: ТОВ “Міжнар. фін. агенція”, 1998.– 220 с.

13. Карпенко З. С. Ціннісні виміри індивідуальної свідомості // Зб. наук. пр.: філософія, соціологія, психологія.– Ч. 2.– Івано-Франківськ: Вид-во “Плай” Прикарпатського ун-ту, 1996.– С. 42–48.

14. Корнієнко О. В. Підтримання психосоматичного здоров’я практично здорових людей: Навч. посіб.– К.: Вид. центр, Київ. ун-ту, 2000.– 126 с.

15. Мотивация и личность / А. Маслоу.– 3-е изд.– СПб.: Питер, 2003.– 352 с.

16. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство.– М.: МЕД-пресс, 1998.– 592 с.

17. Мягков И. Ф., Боков С. Н. Медицинская психология: Основы патопсихологии и психопатологии: Учеб. для вузов.– М.: Изд. корпорация “Логос”, 1999.– 232 с.

18. Організм та особистість. Діагностика та керування / А. Магльований, В. Белов, А. Котова.– Л.: Мед. газ. України, 1998.– С. 250.

19. Орлов А. Б. Личность и сущность: внешнее и внутреннее Я человека // Вопр. психологии.– 1995.– № 2.– С. 5–18.

20. Основи психології: Підручник / За заг. ред. О. В. Киричука, В. А. Роменця.– 2-ге вид., стереотип.– К.: Либідь, 1996.– 632 с.

21. Психология здоровья человека / Г. В. Ложкин, О. В. Носкова, И. В. Толкунова / Под ред. В. И. Носкова.– Севастополь: Вебер, 2003.– 257 с.

22. Психологические методы обретения здоровья: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко.– М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2001.– 720 с.

23. Психология здоровья / Г. С. Никифоров, В. А. Ананьев, И. Н. Гуревич и др. / Под ред. Г. С. Никифорова.– СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2000.– 504 с.

24. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоров’я: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко.– М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2001.– 604 с.

25. Рождественський А. Ю. Рефлексія тілесного потенціалу в життєвому самовизначенні старшокласників: Автореф. дис. ... канд.

психол. наук: 19.00.07 (Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України).– К., 2002.– 19 с.

26. Розин В. М. Здоровье как философское и социально-психологическая проблема // Мир психологии.– 2000.– № 1 (21).– С. 12–31.

27. Сидоров П. И., Парняков А. В. Введение в клиническую психологию: Учеб. для студ. мед. вузов.– М.: Академ. проект; Екатеринбург: Деловая кн., 2000.– 381 с.

28. Сірко Р. І. Психічне здоров'я у старшому юнацькому віці як предмет психологічного аналізу: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 (Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України).– К., 2002.– 15 с.

29. Социальные аспекты психического здоровья детей и подростков: Материалы Междунар. конгресса.– Одесса, 19–22 сент. 1994 г.– 220 с.

30. Татенко В. А. Психология в субъектном измерении: Монография.– К.: Вид. центр “Просвіта”, 1996.– 404 с.

31. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: структурно-генетичний підхід: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.01 КДУ ім. Т. Шевченка.– К., 1994.– 48 с.

32. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник / Пер. с англ. и нем.– М.: Прогрес, 1990.– 368 с.

33. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ.– М.: Изд. группа “Прогресс”, “Универс”, 1993.– 480 с.

34. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности.– СПб.: Питер, 1999.– 608 с.

Розділ 3. ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ЗДОРОВ'Я

3.1. Основні складові частини внутрішньої картини здоров'я та її формування

Дослідження внутрішньої картини хвороби (ВКХ) набуло досить значного поширення як у вітчизняній, так і у зарубіжній психології. Нажаль, інакше складається із вивченням суб'єктивного відображення здоров'я. І це при тому, що у сучасній загальноприйнятій концепції здоров'я підкреслюється важливість суб'єктивної оцінки здоров'я [143]. У психології здоров'я

першочергове значення для оцінки здоров'я має усвідомлення свого стану, тобто суб'єктивна картина здоров'я [136]. Як зазначає Т.М. Максимова, суб'єктивні оцінки здоров'я можуть розглядатися як один з показників здоров'я населення [113]. Наприклад, результати дослідження С.Р. Sacks та співавторів показали, що суб'єктивне сприйняття рівня свого здоров'я є набагато кращим предиктором появи та перебігу депресії, ніж об'єктивні показники захворювання [266]. Дослідження К. Callahan та J. Secrest довели, що сприйняття здоров'я (perception of health) є найрозумнішою мірою успішності психосоціальної реабілітації хворих з кардіоваскулярною хворобою [231]. Подібні висновки зробили й J.A. Mattera зі співавторами [226]. Суб'єктивні оцінки здоров'я значною мірою впливають на поведінку хворого у лікувальному процесі. Так, Н.С. Wichowski та S.M. Kubsch показали, що існує пряма кореляція між сприйняттям власного здоров'я (self-perception of health) і згодою з лікувальним режимом (комплаєнтністю) [273].

Зазначені поняття – "суб'єктивні оцінки здоров'я", "логічні рівні здоров'я", "усвідомлення стану здоров'я", "сприйняття здоров'я (perception of health)" - узагальнюються більш широким терміном **"внутрішня картина здоров'я" (ВКЗ)**.

У 1986 році [63] В.Є. Каган увів даний термін у науковий обіг, а у 1988 році [62] - обґрунтував концепцію внутрішньої картини ВКЗ. **ВКЗ**, за В.Є. Каганом – це цілісне уявлення, "для-себе-знання" про здоров'я; це особистісна установка, що визначає здоровий спосіб життя, терміни звертання по допомогу, адресовані медицині очікування, задоволеність отриманою допомогою, а часто і її ефективність [61].

Дослідженням у рамках концепції ВКЗ присвячені праці І.Б. Бовіної [16], Д.М. Ісаєва [59], А.М. Ковальчука [78], Г.Т. Красильникова зі співавторами [88], Г.В. Кукурузи зі співавторами [28], [136], Г.С. Нікіфорова [160], Н.Є. Тараненко [187] та ін. В англomовній науковій літературі домінує концепція "сприйняття здоров'я (perception of health)", в рамках якої свої дослідження здійснюють Е. Eurenus зі співавторами [237], R. Goodwin зі співавторами [243], [244], Ch. Peterson, M.E. De Avila [261], V.A. Reis, D.W. Zaidel [265] та ін.

Різні вчені давали своє визначення ВКЗ. Серед них ми виділимо визначення В. М. Смірнова та Т. Н. Рєзнікова, які описують це поняття як особливе ставлення особистості до свого здоров'я, що

виражається в усвідомленні його цінності й активно-позитивному намаганні його вдосконалення [13, 437]. В.А. Ананьєв розглядав **ВКЗ** як самоусвідомлення і самопізнання людиною самої себе в умовах здоров'я [13, 437].

Як указують Г.В. Ложкін, О.В. Носкова, І.В. Толкунова, **ВКЗ** – це сукупність описів, мисленнєвих образів, що стосуються сутнісних характеристик людини. Важливо зрозуміти, що ти являєш собою біологічно (конституціонально), психологічно (характерологічно), соціально (особистісно). **ВКЗ** – це усвідомлення своїх біологічних ресурсів, своїх можливостей, бажань, потреб на різних рівнях, ступенів їхнього задоволення, механізмів захисту, а також своїх здібностей, свого призначення. Усіма своїми характеристиками ВКЗ виступає категорією позапсихічною. Однак опора робиться на самосвідомість людини, інтрапсихічні й особистісні здібності [12, 29].

ВКЗ – це одне з базових понять у психології здоров'я, оскільки являється своєрідним еталоном здоров'я, що має складну структуру. **ВКЗ** є визначенням психофізичним простором, де людина здатна оцінити свої біологічні, соціально-психологічні і духовні можливості. Це не тільки знання своїх можливостей, але й уміння користуватись істинними резервами та нерозкритими потенціями. Дослідження внутрішньої картини здоров'я має велике практичне значення і, як підкреслював В. Є. Каган, без розуміння ВКЗ неможливо зрозуміти внутрішню картину хвороби [7].

ВКЗ, тобто аутопластична картина, відображає уявлення особистості про здоров'я загалом та про власне здоров'я зокрема. Г. Мерль [5] розглядає внутрішню картину здоров'я у контексті уявлень про успішне Я, а добре самопочуття ототожнює “з повнотою життя”. *Уявлення про різні сфери життя* – основні положення, взаємодію яких оцінюють з урахуванням ступеня реалізації (полівалентної самооцінки). *Уявлення стосується індивідуально визначених критеріїв успішності таких аспектів:*

- сенсу життя;
- статевої ідентичності;
- духовних засад;
- оточення;
- екологічних умов;
- професійної діяльності;
- дружби;

- сексуальних стосунків;
- інтимності;
- партнерських стосунків;
- батьківства;
- прабатьківства;
- стосунків із зовнішнім світом;
- стосунків із флорою і фауною.

Важливим елементом картини здоров'я є уявлення про успішне Я відносно інших. На фоні цих загальних уявлень виокремлюються **уявлення про вдалу Я-автономію** як відповідь на поставлені особою самій собі питання, наскільки:

- Я є Я;
- Я – незалежний;
- Я – можу бути сам собою;
- Я – можу відстояти себе [5, 327–328].

Формування ВКЗ пов'язане з проекцією об'єктивної реальності здоров'я в самосвідомість людини, із суб'єктивним сприйняттям і переживанням свого здоров'я [12]. Формування “внутрішньої картини здоров'я” для здорової людини – більш складне завдання в порівнянні із хворою, яка здатна дати суб'єктивну оцінку змін, що відбуваються, створюючи “внутрішню картину хвороби”. У процесі здоров'я, здавалося б, змін не відбувається, насправді людина просто не навчена їх реєструвати. Наявність насущних проблем змушує свідомість сучасної людини постійно перебувати на відстані: гроші – престиж – гроші. Спираючись на базові цінності – розум – багатство – влада, – це перешкоджає адекватному сприйняттю сигналів, що виходять із “системи раннього повідомлення” [12, 27].

Формування внутрішньої картини здоров'я припускає:

- усвідомлення й ідентифікацію власного внутрішнього динамічного стану гомеостазу, ототожнення себе з образом здорового цілого;
- усвідомлення ознак будь-якого стійкого порушення гомеостазу, тобто ідентифікація в собі індикаторів предхвороби [12, 27].

Під час побудови людиною власної моделі ВКЗ велике значення має “схема тіла”. Здорова модель “схеми тіла” свідчить про відсутність тілесного дискомфорту в якій-небудь частині тіла. Якщо в наявності є “карта” відчуттів, що відхиляються, то необхідно

досліджувати й усвідомити зв'язок тілесних незручностей із психологічними феноменами (емоційними переживаннями, поведінковими реакціями тощо) [12, 27].

У формуванні ВКЗ особливу роль відіграють не тільки соціальні компоненти, а й інтелектуальні та вольові. На основі досвіду кожна людина виробляє для себе особливу концепцію здоров'я. Вона включає причини, механізм розвитку, симптоми відхилення, прогноз просування до здоров'я. У відсутності справжнього знання і досвіду може скластися перекручене розуміння здоров'я, що призводить до різноманітних форм невротичного реагування на здоров'я, наприклад, фанатизм стосовно свого здоров'я, створення міфів про природу й лікування захворювань.

У своїй книзі Г.В. Ложкін, О.В. Носкова, І.В. Толкунова виділяють як мінімум сім міфів, якими оперують сучасні люди [12, 28]:

1. Біоенергетичний: усі мої хвороби від того, що хтось “вампіризує”, “висмоктує” життєву енергію.

2. Магічний: усі мої хвороби від того, що хтось “навів порчу”, “наврочив”.

3. Сакральний (християнський): усі мої хвороби за мої гріхи.

4. Кармічний: усі мої хвороби за мої гріхи в минулому житті, або “несу карму своєї грішної бабусі”.

5. Астрологічний: усі мої хвороби через те, що “так невдало розмістилися зірки наді мною”.

6. Психоаналітичний:

– усі мої хвороби через невдалі відносини між мною і моїми батьками (З. Фрейд);

– усі мої хвороби через родову травму (О. Ранк),

– усі мої хвороби через невдале походження “пренатальних матриць” (С. Гроф);

– усі мої хвороби через інграм (записані у несвідомій пам'яті моменти болю і дійсної або удаваної погрози виживанню) (Р. Хаббард);

– усі мої хвороби через погану психічну спадковість (психогенетика – Ч. Тойч).

7. Соціоцентричний: усі мої хвороби від того, що я уже виконав свою місію на цій землі.

У завдання психології здоров'я входить навчання людини “розшифровці” психосоматичного стану, уміння керувати ним у

рамках припустимого і корисного. Людині корисно знати свої сильні й слабкі сторони адаптаційно-компенсаторних реакцій, адекватно оцінювати справжній рівень фізичних і психічних можливостей, нарешті – бути господарем долі, перебуваючи у процесі активної життєдіяльності.

Узагальнивши визначення ВКЗ, можемо зробити висновок, що **внутрішня картина здоров'я** являє собою сукупність, комбінацію елементів здоров'я й зв'язаних із ними змістовно-психологічних, суб'єктивно-ціннісних методів існування. **Внутрішня картина здоров'я** – це сукупність інтелектуальних описів (уявлень) здоров'я людини, комплекс емоційних переживань і відчуттів, а також її поведінкових реакцій. У цьому визначенні можна побачити всі доданки трьохкомпонентної структури особистості: когнітивний, емоційний і поведінковий, тобто можна побачити елемент цілісності у сприйнятті себе. Розглядаючи ВКЗ із психологічних позицій, можна виділити **три її основні грані** [12, 30]:

1. Когнітивна. Раціональна сторона ВКЗ являє собою сукупність суб'єктивних або міфологічних умовиводів, думок про причини, зміст, можливі прогнози, а також оптимальні способи збереження, зміцнення та розвитку здоров'я. Г.С. Никифоров стверджує, що *когнітивний рівень* передбачає уявлення про стан здоров'я, що значною мірою залежить від віку людини і рівня її інтелекту [13, 438]. Концепція Р. Бернса розкриває *когнітивний компонент* як знання людини про свої можливості, в тому числі й фізичні. Це і сприйняття людиною свого зовнішнього образу, свого тіла, своїх фізичних якостей (сила, витривалість, спритність тощо). Когнітивний компонент не тільки формує уявлення про самого себе, але й включає ставлення до себе, відображає рівень самоповаги. Розвиток цього компонента значною мірою залежить від соціального оточення, особливостей сприйняття, життєвого досвіду [13, 440].

2. Емоційна. Чуттєва сторона містить у собі переживання здорового самопочуття, пов'язане з комплексом відчуттів, що формують емоційне тло (спокій, радість, умиротворення, воля, легкість, симпатія й ін.). Г.С. Нікіфоров зазначає, що *емоційний рівень* пов'язаний із різними видами емоційного реагування на здоров'я, що визначається індивідуально-типологічними та індивідуально-психологічними характеристиками людини, а також особливостями її емоційного реагування на різні життєві ситуації [13, 438]. Р. Бернс

виділяє *емоційно-оціночний компонент (самооцінку)*, яка відображає результати порівняння людини (себе) з іншими людьми. Онтогенез оціночних образів “Я” пов’язаний із формуванням у людини диференційованих узагальнених знань про себе в процесі діяльності й спілкування з оточуючими. Афективна оцінка уявлень про свої можливості може володіти різною інтенсивністю. Конкретні негативні чи позитивні характеристики образу “Я” можуть викликати більш чи менш сильні емоції, пов’язані з їх прийняттям або відторгненням [13, 440].

3. Поведінкова. Це сукупність зусиль, прагнень, конкретних дій здорової людини, обумовлених системою вірувань і спрямованих на досягнення суб’єктивно значимих цілей. За Г.С. Нікіфоровим *поведінковий рівень* пов’язаний з актуалізацією діяльності людини зі збереження здоров’я. Це найвищий рівень ставлення до здоров’я і вимагає активної діяльності суб’єкта, спрямованої на збереження і підтримку свого здоров’я [13, 438]. За Р. Бернсом, *поведінковий компонент* включає в себе конкретні дії, які можуть викликатися образом “Я” і самооцінкою. Це дуже важливий компонент в адаптації людини до оточуючої дійсності [13, 440].

Описуючи структуру ВКЗ, П.І.Сидоров і А.В.Парняков виділяють три її рівні: ***відчуттєвий, інтелектуальний та емоційний***, визначаючи її як складову *самосвідомості, уявлення про фізичний стан*, що супроводжується *своєрідним чуттєвим тлом* [25].

Структура ВКЗ, за припущеннями М.І.Губанова і Г.І.Царегородцева, є аналогічною структурі ВКХ і ***включає в себе сенситивний, раціональний, емоційний і мотиваційний компоненти***. А поняття ВКЗ і ВКХ є видовими стосовно родового поняття "внутрішня картина організму", яке у свою чергу є частиною змісту поняття "образ Я" [42].

Г.Т.Красильников, Л.М.Сич та Л.Л.Галіна визначають ВКЗ як динамічну модель, що відображає процес діалогу людини у самосвідомості зі своїм Я та своїм організмом. ***У функціональній структурі ВКЗ автори виокремлюють кілька компонентів:***

1. раціонально-когнітивний (фіксує особистий досвід хвороби й одужання, а також певні теоретичні уявлення);
2. емоційно-чуттєвий компонент (характеризується емоційним реагуванням на прояви здоров’я);

3. сенсорний (представлений різними сенсорними сигналами тіла, формуючись на основі "схеми тіла" і доповнюючись аудіальними та візуальними сигналами);

4. мотиваційний компонент (відображає потребу бути здоровим, міру відповідальності за своє здоров'я, готовність до діяльності на благо здоров'я) [88].

В.П.Казначеев [64] запропонував теоретичну модель ВКЗ, яка претендує на врахування холістичного розуміння здоров'я людини. Однак, роблячи акцент на фізичній (біологічній) складовій здоров'я, ця модель не відображає його духовний аспект, а також ті системи, які репрезентують суб'єктивний образ здоров'я.

Немало досліджень присвячено віковим особливостям ВКЗ. Відомо, що потреба в здоров'ї в різному віці має однаково велику цінність, але різну за змістом. Досліджуючи ВКЗ у соматично хворих дітей, В.Є.Каган дійшов висновку, що її особливе значення у цей віковий період полягає у визначенні великою мірою психосоматичного потенціалу індивіда, з яким пов'язана міра і якість його здоров'я в майбутньому. Формування ВКЗ у дітей лише починається, крім того воно опосередковане сімейними і батьківськими ефектами, а також лікарським впливом. Як наголошує автор, частка діалогу ВКЗ всередині терапевтично-комунікативної системи "лікар-сім'я-дитина" у лікувальному процесі настільки велика, що ігнорування його обертається лікувальною помилкою, яка має ще й значні негативні психологічні наслідки. За даними В.Є.Кагана, дітям найчастіше притаманні гіпо- і диссоматозо-гнозії [63].

Д.М.Ісаєв, аналізуючи особливості ВКЗ дітей помітив, що діти в цілому знають про обмежені можливості збереження здоров'я, однак не мають стійких уявлень про ймовірність порушення здоров'я [59].

Н.Є.Тараненко, досліджуючи переживання дітьми хронічного обструктивного захворювання легень, відзначила такі особливості їхніх уявлень про здоров'я: в цілому діти сприймають його як емоційно комфортний стан ("добре", "радісно"); 12-15-річні в характеристиці здоров'я більше орієнтовані на соціальну активність ("можу ходити в школу"); умовами збереження здоров'я діти називають дотримання режиму, особисту гігієну, загартовування; підлітки більшою мірою розуміють необхідність особистої активності для підтримки здоров'я [187].

Припущення про те, що уявлення про здоров'я в дітей виникає, головним чином, під материнським впливом Д.М.Ісаєв вважає невинуватим. На його думку, значним вкладом у формування ВКЗ у дітей є телевізійні передачі [59].

Т.М.Максимова у своїх дослідженнях суб'єктивної оцінки здоров'я виявила зниження з віком частки осіб з високою та зростання частки осіб з низькою самооцінкою здоров'я. Авторка також зазначає, що в групах осіб, які низько оцінили своє здоров'я, спостерігається вища частота хронічної пато-логії[113].

За даними відділу здоров'я США та послуг для людей (USDHHS), 90% відсотків американців у 1990 р. характеризували своє здоров'я від "позитивного" до "відмінного". Але, як зауважує О.В.Корнієнко, не для всіх прошарків населення оцінка здоров'я може бути такою. Говорячи про населення в цілому, можна зазначити, що більшість людей оцінюють своє здоров'я як "задовільне" чи "погане", якщо їм за 45 років або вони є представниками малозабезпечених соціальних класів [82].

Ряд дослідників вивчають відмінності сприйняття й оцінки здоров'я в залежності від функціональної асиметрії тіла людини. Вивчаючи зв'язок профілю латеральної організації мозку з індивідуальними особливостями психічних процесів і станів, О.Д.Хомська визначає суб'єктивне сприйняття здоров'я як "суб'єктивну оцінку здоров'я (ВКЗ)", але не дає йому означення[203]. Дослідження О.Д.Хомської та співавторів показали, що студенти з низьким рівнем адаптації виявляють низьку самооцінку здоров'я і самопочуття; характеризуються тенденцією до вищого рівня тривожності; мають різні скарги, що відображають психологічну та емоційну дезадаптацію і вегетативні розлади. Представники проміжної групи мають досить високу самооцінку здоров'я і самопочуття на тлі численних скарг на психологічну та емоційну дезадаптацію і вегетативні розлади при переважанні середнього та низького рівня особистісної і реактивної тривожності. Особи із задовільним рівнем адаптації характеризуються високою самооцінкою здоров'я і самопочуття, тенденцією до нижчого рівня тривожності, але висловлюють досить багато скарг, частіше щодо вегетативних розладів. Вченими також встановлено, що особи з лівосторонніми ознаками асиметрії проявляють нижчу самооцінку здоров'я і самопочуття, більшу кількість скарг емоційно-вегетативного типу і вищий рівень реактивної тривожності [203].

Оригінальне дослідження взаємозв'язку сприйняття здоров'я (perception of health) і функціональної асиметрії людського обличчя провели V.A.Reis, D.W.Zaidel. Вони виявили, що композити правої-правої сторони обличчя жінок сприймаються як більш здорові, ніж композити лівої-лівої сторони, тоді як щодо обличч чоловіків таких відмінностей не спостерігається [265].

Переживання відчуття здоров'я асоціюється не лише із задоволенням від функціонування свого організму, з відсутністю дискомфорту, а й з відповідністю біологічного та психологічного віку людини. У зв'язку з цим Г.С.Абрамова і Ю.А.Юдчиць пишуть, що побутове уявлення людини про вік, про можливості віку – чуттєвості, дії, ставлення до самого себе – є тим конкретним матеріалом, який визначає зміст ВКЗ [158].

Деякі автори згадують наявну у індивіда афективну модель здоров'я, яка самостійно регулює оптимум життєдіяльності за певних умов [109].

Існує ще один термін, зміст якого перекликається зі змістом ВКЗ – якість життя [178], [262], [264] (поряд з цим вживаються терміни "якість здоро-в'я"[73] або "пов'язана зі здоров'ям якість життя" [79], [271]). Це інтегральна характеристика фізичного, емоційного, психологічного та соціального функціонування людини, що ґрунтується на її суб'єктивному відчутті; тобто вона відображає задоволеність людини станом свого організму стосовно умов життя. Якість життя має велике значення і для визначення рівня здоров'я, і для оцінки результатів лікування та реабілітації хворих, і для передбачення можливого виходу захворювання. Дослідження якості життя у філософії, соціології, психології та медицині набули значного поширення: важливо знати не лише об'єм роботи, який може виконати людина, але й наскільки добре вона себе при цьому почуватиме (якість життя) та скільки може прожити (кількість життя). Зокрема, А.А.Новік зі співаторами зазначає, що повну й об'єктивну характеристику стану здоров'я складають традиційне медичне заключення, зроблене лікарем, і оцінка якості життя, дана самою людиною[134].

А.В.Штрахова наголошує, що оцінка якості життя (суб'єктивна оцінка здоров'я) відповідає уявленням людини про те, яке місце вона займає у континуумі "здоров'я-хвороба" [218].

За результатами досліджень Національного інституту раку США (NCI), якість життя є другим за значенням критерієм оцінки

результатів лікування хворих після такого критерію як виживання [225].

Є.Ф.Кіра зі співавторами висловлюють думку про те, що використання оцінки якості життя в науковій і практичній роботі є новим кроком в об'єктивізації результатів лікування хворих, що дозволяє в низці випадків переглянути лікувальну тактику, визначити зміни фізичної, соціальної, психологічної, емоційної сфер життя у зв'язку із даним захворюванням, якість роботи даного лікувального закладу [73].

Дослідження якості життя в онкологічних хворих із неоперабельними формами раку призвело до появи поняття "якість умирання" [230], що розглядає шляхи полегшення страждань хворих з позицій психології, етики й фінансових питань.

Питання про співвідношення ВКЗ і ВКХ поки що залишається відкритим. Так, В.М.Смирнов і Т.Н.Резнікова вважають, що ВКЗ існує поряд із ВКХ як протилежна їй модель, своєрідний еталон здорової людини, чи здорового органу, чи частини тіла. Цей еталон може бути досить складним і включати різні елементи у вигляді образних уявлень і логічних узагальнень. Ідеал здоров'я також є регулятором поведінки, але інколи формується і раніше ВКХ. Еталон, який людина приймає за норму, на певних життєвих етапах може змінюватися. Насамперед це пов'язано з віковими змінами самопочуття. При неврозах нерідко відбувається свідоме чи несвідоме витіснення ідеалу здоров'я – "занурення у хворобу", яке у певних ситуаціях є адаптивною реакцією. У випадку анозогнозії, навпаки, образ здоров'я стає жорстким стереотипом, а динамічний образ хвороби або не формується, або витісняється, або деструктуризується. На думку авторів, ВКЗ включається у ВКХ [181].

За концепцією В.Є.Кагана, навпаки, внутрішня картина хвороби постає як частина внутрішньої картини здоров'я: індивідуальні варіації зовнішніх і внутрішніх кордонів семіотичного простору ВКЗ визначають місце в ньому і переживання людиною свого актуального стану як здоров'я чи хвороби. Іншими словами, внутрішня картина хвороби – це внутрішня картина здоров'я в умовах хвороби [61]. Хвороба ніколи не переживається сама по собі, а завжди у контексті життєвого шляху особистості, тобто у співставленні зі здоров'ям. Людина як суб'єкт здоров'я так чи інакше знає, що таке здоров'я, і порівнює з ним свій актуальний стан.

Слід зазначити, що гарний загальний стан здоров'я – це завжди гармонійна рівновага фізіологічних, психічних і соціальних аспектів людської індивідуальності. Адже здоров'я означає, власне, цілісність особистості. У санскриті, одній із найстарших мов, для позначення здоров'я слугує слово “свастхія”. “Сва” значить “власне Я”, а “стхія” можна перекласти приблизно як “міцно збитий”. Отже, здорова людина, можна сказати, – це людина, “міцно вибудована у власному Я” [12, 28].

Ставлення до здоров'я може визначатись як віковими характеристиками, так і типом особистості людини, а також ставленням до здоров'я у важливому для людини оточенні – мікросоціальному середовищі, до якого вона належить. Здоровий організм зрозуміло й чітко може повідомляти про те, що він вважає для себе важливим, необхідним на сьогоднішній момент, який вибір зробити для повного благополуччя.

Здатність пізнавати самого себе припускає не стільки відстеження конкретних поверхових проявів людської природи, скільки вловлювання власної глибинної суті. Ця здатність виражається в умінні бачити себе і світ, а також себе у світі; чути себе і світ, а також себе у світі; відчувати себе і світ, а також себе у світі. Пізнавши, таким чином, свої складники здоров'я і себе здоровим, необхідно будувати подальше життя в гармонії зі своєю внутрішньою сутністю (автентичність – перша категорія ВКЗ). Гармонія обумовлена ще двома категоріями ВКЗ: конгруентністю і мірою [12, 30].

Бути *конгруентним* – це значить говорити те, що думаєш, і робити те, про що говориш. (“Хороші думки породжують хороші вчинки”). Людині необхідно почувати *міру* своїх можливостей, розглядаючи здоров'я як порядок, як міру стійкої рівноваги між адаптаційними й компенсаторними можливостями.

Не дивлячись на значну кількість наукових праць, присвячених проблемі ВКЗ, на сьогодні тут залишається багато відкритих питань, зокрема, про співвідношення внутрішньої картини здоров'я з внутрішньою картиною хвороби, про методи дослідження ВКЗ. А існуючі теоретичні моделі ВКЗ, розроблені на основі моделей ВКХ, і не враховують цілісного підходу до розуміння здоров'я людини – вони не включають тих компонентів здоров'я, які традиційно виділяються в науковій літературі й так чи інакше знаходять своє відображення на внутрішньому плані особистості. Відтак втрачається

повнота розуміння ВКЗ як багатовимірного психологічного феномену.

У науковій літературі також бракує чіткого опису функцій внутрішньої картини здоров'я та її типології.

Разом з тим, внутрішня картина здоров'я як суб'єктивне відображення здоров'я і психосоматичний потенціал індивіда може мати визначальне значення для розвитку його благополуччя чи відновлення при переживанні хвороби. Останнє зумовлює важливість вивчення ВКЗ у хворих різних категорій.

3.2. Багатовимірна теоретична модель внутрішньої картини здоров'я

Узагальнюючи існуючі в науковій літературі дані про структуру суб'єктивного відображення здоров'я і хвороби, сучасні українські дослідники ВКЗ доповнили модель В.Є.Кагана [61] і представили власну багатовимірну модель ВКЗ, компоненти якої конкретизуються і доповнюються по мірі усвідомлення людиною свого рівня здоров'я і свого ставлення до здоров'я (Лісова).

По-перше, це сенситивний компонент. У його основі лежить схема тіла, зокрема психологічний образ тіла, який проявляють себе у відчуттях фізичного комфорту чи дискомфорту, розширених чи обмежених можливостей володіння своїм тілом. Крім того, схема тіла безпосередньо впливає на формування актуального та ресурсного стану людини. Актуальний стан – це той стан, у якому індивід перебуває у конкретний момент чи відрізок часу; він визначає характерні для індивіда поставу, ходу, спосіб дихання, міміку і жести, а також звичну міру фізичної активності. Ресурсний стан – це той оптимум фізичних можливостей, на який здатна людина і який вона може відчувати.

По-друге, емоційний компонент: він представляє особливості і звичні способи переживання людиною власних життєвих ситуацій та ситуацій інших людей і те емоційне тло, яке забарвлює її щоденне існування. Переживання життєвих ситуацій може здійснюватися декількома способами, серед яких на передній план виступають асоціація і дисоціація. Асоціація – це інтенсивне, “включене” переживання даної ситуації, коли людина перебуває безпосередньо всередині подій і активно реагує на них. Дисоціація, навпаки,

передбачає відсторонену позицію щодо ситуації, неначе погляд на неї очима іншої людини, при цьому інтенсивність переживань знижується. Звичний емоційний настрій великою мірою залежить від субдомінальностей – якісних характеристик внутрішнього світу, дрібних часточок-складових, які використовуються для кодування суб'єктивного досвіду. Зміна субдомінальностей веде до зміни структури досвіду і, разом з тим, до зміни його сенсу і внутрішніх реакцій, аж до реакцій фізіологічного рівня.

По-третє, когнітивний компонент. Його складають знання, уявлення, переконання особистості про здоров'я. А.І. Christensen зі співавторами, проводячи валідизацію опитувальника ірраціональних думок щодо здоров'я, дійшли висновку, що високі когнітивні трансформації у бік ірраціональних думок корелюють із недостатнім досвідом здоров'я і в той же час із низьким рівнем прояву позитивних і високим – негативних емоцій [233].

На основі попередніх компонентів формується особиста метафора здоров'я. Це вже **четвертий, ціннісно-мотиваційний компонент.** Він являє собою ядро ВКЗ. Різні метафори передбачають різні способи мислення і дій (у даному випадку стосовно здоров'я), тому немає правильних чи неправильних метафор – є метафори, які сприяють вибору конструктивної стратегії поведінки чи, навпаки, передбачають дії, спрямовані на зниження рівня здоров'я. За метафорою здоров'я стоїть насамперед ціннісна орієнтація особистості. Переконання і цінності є одним із самих сильних "фільтрів". Людина може знати, що робити (поведінка) і як робити (здібність), але нічого не робити, тому що це не є для неї цінністю, чи вона переконана, що це нічого не змінить. Якщо здоров'я насправді займає першу позицію у системі цінностей людини, тоді її поведінка ініціюється і спрямовується специфічним мотивом, який ми називаємо волею до здоров'я.

Ціннісно-мотиваційний компонент має надзвичайно важливе значення для формування і реалізації ВКЗ. Чітко викристалізоване ядро означає конкретно визначену позицію стосовно здоров'я і наявність сильного вольового потенціалу. Відсутність мотивації, за словами Г.С. Абрамової та Ю.А. Юдчиць, у тому числі і мотивації до здорового способу життя, є великою трагедією, яка немов би переслідує сучасну людину і руйнує всі її життєві устої [158].

Вплив ціннісних орієнтацій на здоров'я наочно демонструють дослідження В.І. Чиркова й Е.Л. Дісі, які на російській вибірці

підтвердили дані, отримані американськими вченими під час вивчення зв'язку між життєвими прагненнями студентів та рівнем їхнього психічного здоров'я. Дослідники встановили, що респонденти, орієнтовані на зовнішні цінності (матеріальний добробут, популярність, фізичну привабливість) всупереч внутрішнім (особистісне зростання, служіння суспільству, здоров'я), мають низькі показники психічного здоров'я, яке оцінювалося за допомогою опитувальників самоактуалізації, самоповаги, депресії, життєвої енергії та задоволеності життям. При цьому зв'язки між психічним здоров'ям і цінностями не залежать від статі, віку, достатку [208].

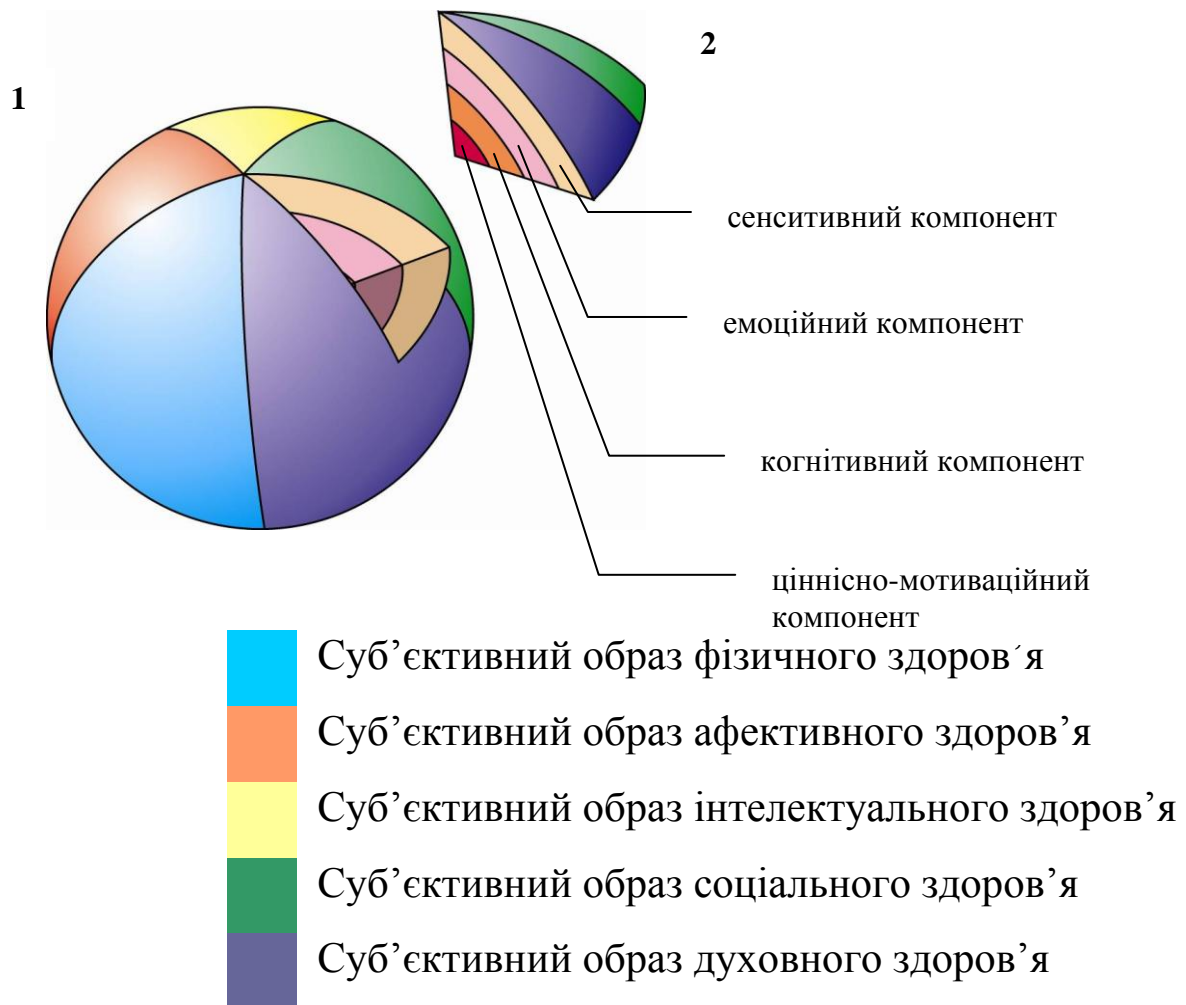
Результати опитування [9; 16] з метою дослідження цінностей „здорового життя” в структурі мотивації поведінки показують, що ВКЗ пересічних громадян властиві суперечності між вербальним визнанням цінності здоров'я та одночасним її ігноруванням при виборі способу діяльності.

Очевидно, що ВКЗ – це багатовимірна система, в якій відображаються різні виміри здоров'я людини: фізичний, соціальний, психологічний і духовний. Зокрема, В.М. Смірнов і Т.Н. Резнікова вказують на те, що у структурі ВКЗ можуть існувати образи психічного і фізичного здоров'я [181]. Таке розуміння різновимірності ВКЗ узгоджується із холістичним підходом до трактування здоров'я і відповідає моделям здоров'я за С. Гінгер [37] і R. Schwarzer [269]. При цьому відображення кожного з вимірів здоров'я можливе на рівні кожного з компонентів ВКЗ. Прикладом може слугувати *психалгія (нестерпний душевний біль)* – це відображення афективного аспекту здоров'я на рівні сенситивного компоненту ВКЗ. Вислів "голова тріщить від думок" демонструє сенситивне відображення інтелектуального виміру здоров'я, "думку думаю" - когнітивне відображення інтелектуального виміру здоров'я, "тіло обурюється" - емоційне відображення фізичного виміру здоров'я, тощо.

Ймовірно, що одні з цих вимірів знаходяться на передньому плані ВКЗ, тобто виступають "фігурою" сприйняття і концентрують на собі зусилля й енергетичні затрати індивіда, сприяючи тим акумулюванню ресурсів у відповідній сфері здоров'я. Інші, перебуваючи на задньому плані ВКЗ, складають її "тло" і можуть отримати менший розвиток в силу своєї другопланової позиції. Протягом життя людини, а також під впливом різноманітних ситуацій, зокрема, при зміні рівня здоров'я, "фігурою" і "тлом"

стають інші виміри ВКЗ (Лісова).

Запропоновану О.С. Лісовою модель ВКЗ представили на рисунку 1.



1. Внутрішня картина здоров'я

2. Внутрішня картина хвороби

Рис. 1. Багатовимірна теоретична модель внутрішньої картини здоров'я

Здоров'я є природним і звичайним для людини. Ю.Г. Фролова пише, що здоровій людині не властиво звертати увагу на тілесні прояви [195], [196]. Тому ВКЗ практично здорової особи, яка не займається активно своїм здоров'ям, може бути не настільки чіткою та емоційно яскравою. Крім того, за таких обставин ВКЗ може не мати сформованого ядра, тобто ціннісно-мотиваційного компоненту. Коли ж рівень здоров'я різко знижується, і людина хворіє, у структурі ВКЗ з'являються нові елементи, за участю яких відображається новий стан організму – хвороба: певна частина ВКЗ трансформується у ВКХ. Оскільки хвороба як незвичайна реальність стає домінантою, вона породжуватиме яскравіші образи, її внутрішня картина буде чіткішою і глибшою. Поряд з цим, остаточно формуються й активізуються ціннісно-мотиваційне ядро ВКЗ та образ ресурсного стану, адже переживання хвороби завжди тісно пов'язане з переживанням здоров'я як цінності.

Можливо припустити, що у процесі вікового розвитку відбувається поступова диференціація компонентів ВКЗ: з існуючого у ВКЗ дитини сенситивного компоненту у перші місяці життя відділяється емоційно-оціночний, пізніше з формуванням свідомості й накопиченням певного досвіду диференціюється когнітивний компонент, останнім, вже у відносно зрілому віці, виокремлюється ціннісно-мотиваційний компонент. Тобто формування ВКЗ відбувається шляхом диференціації і поглиблення суб'єктивного сприйняття образу здоров'я і хвороби.

Розуміння ВКЗ як повністю автономного, незалежно функціонуючого утворення було б хибним. Це складна багаторівнева структура, очевидно, сама є структурним елементом самосвідомості. Такі наші уявлення узгоджуються з позицією Г.С. Нікофірова, який вважає ВКЗ частиною Я-концепції [160].

На нашу О.С. Лісової, ВКЗ має також тісний зв'язок з етнічною картиною світу. Останнім часом етнічна картина світу означається і досліджується через поняття цінності й ціннісної орієнтації [40]. Очевидно, ВКЗ присутня в етнічній картині світу як загальноприйнята для конкретної групи людей метафора здоров'я. Так, В.М. Панкратов називає психологічну компетентність, що детермінується особливостями психічної культури того соціуму й етносу, до якого належить людина, одним з основних чинників розуміння свого стану як здорового чи хворобливого [143]. На це вказує й О.В. Корнієнко [82].

Дослідження культуральних аспектів сприйняття здоров'я, проведене J.S. Jarallah і S.A. Al-Shammari, показують, що погане сприйняття здоров'я властиве для жінок-жительок Саудівської Аравії, старших 75 років. Це пов'язано з такими чинниками як кількість діагнозів і відвідин лікаря, а також з нездатністю виявляти позицію прохача [250]. У свою чергу, названі чинники впливають із традиційного для цієї країни статусу жінки у суспільстві як об'єкта, особи, яка не має права скаржитися і претендувати.

Л. Руїс пише, що людина має потребу в тому, щоб встановлювати певні стосунки з тим об'єктом, явищем, з яким вона зустрічається, а у нашому випадку – зі здоров'ям чи з хворобою. Психологічно кожна людина співвідносить власну парадигму з певними моделями ситуацій, при цьому її парадигма зумовлена культурно-історичним особистим досвідом. Тобто, при встановленні контакту зі своїм здоров'ям на будь-якому рівні, зокрема, на рівні хвороби, людина співвідносить власну метафору здоров'я, сформовану в процесі соціалізації й набуття особистого досвіду, з тією метафорою, яка сповідується її найближчим оточенням та її етносом. У результаті такого співставлення часто формуються так звані "соціально-психологічні стереотипи". Як приклад "соціально-психологічного стереотипу", який зустрічається у постраждалих від катастрофи на ЧАЕС, Л. Руїс наводить "внутрішню картину нездоров'я" [166].

Внутрішня картина здоров'я обов'язково є і в хворих осіб: без суб'єктивного відображення здоров'я, вони навряд чи могли б розуміти, що захворіли. Д.М. Ісаєв вважає, що без концепції про здоров'я дуже важко створити уявлення про хворобу [59]. Ще Є.А. Шевальов писав, що у період видужання, особливо після гострих захворювань, наростаність здоров'я відчувається і переживається особливо цікаво [211].

Як показав аналіз даних дослідження думки пацієнтів про стан свого здоров'я, проведеного І.С. Кіцул, чим гірша самооцінка стану здоров'я, тим важче респонденти оцінюють свій стан при поступленні до лікарні. І чим краще респонденти оцінюють свій стан при поступленні, тим сприятливішим є, на їхню думку, вихід лікування. Найбільший відсоток видужання був у групі хворих, котрі оцінили свій стан при поступленні як легкий. Частіше інших погіршення відзначають особи з важким станом при поступленні [74].

Переживання свого здоров'я є значущими в контексті загальної

самооцінки особистості, у визначенні її "лінії життя", "життєвого стилю"[186]. Так R. Goodwin і M. Olfson виявили, що сприйняття свого здоров'я як поганого пов'язано з істотним збільшенням ризику самогубства навіть за відсутності загальних душевних та фізичних розладів [244]. Ch. Peterson, M.E. De Avila у своїй роботі показали, що особи, які схильні більш оптимістично пояснювати проблеми зі здоров'ям (погані події пов'язують з зовнішніми нестійкими і специфічними причинами), мають менше ризиків порушення здоров'я [261].

Для розвитку здоров'я значення ВКЗ полягає у тому, що вона є потенціалом, який активізує усі сутнісні сили людини для якісних перетворень. К. Сельченко посилається на результати дослідження, які проводилися А.С. Роменом в Алма-Аті у зв'язку із вивченням феномену так званого активного самонавіювання. У ході даних досліджень виявилось, що відтворюваний в уяві образ здоров'я має надзвичайний оздоровчий потенціал [157]. У зв'язку із цим наводимо відомий вислів Гете: "В нас розквітає те, що ми підживлюємо". С. Hufeland стверджував: "Ніхто не сумнівається, що можна захворіти від уявлення про хворобу. Чому ж не уявити себе здоровим, щоб видужати? Чому не спробувати керувати своїми уявленнями?" [246, с. 21].

Представимо **характеристики позитивної ВКЗ** (сформульовані на основі критеріїв міри адекватності/неадекватності ставлення до здоров'я [160]).

На сенситивному рівні: відчуття бадьорості, здатності до активності, енергійність, відсутність відчуття дискомфорту чи болю.

На емоційному рівні: насолода здоров'ям і відчуттям наявності енергетичного резерву, оптимальний рівень тривожності за своє здоров'я, адекватна самооцінка здоров'я.

На когнітивному рівні: висока міра поінформованості й компетентності у сфері здоров'я, знання критеріїв здоров'я і "здорової поведінки", основних саногенних чинників і чинників ризику, розуміння ролі здоров'я для життя людини.

На ціннісно-мотиваційному рівні: пріоритетність здоров'я в індивідуальній системі цінностей, високий рівень внутрішньої мотивації до здорового стилю життя, домінування бажання "бути здоровим" (на відміну від "не хворіти"), установка на активне ставлення до здоров'я.

На основі проведеного емпіричного дослідження О.С. Лісова розробила критерії діагностики внутрішньої картини здоров'я (Критерії психологічної діагностики і типологія внутрішньої картини здоров'я // Психологічні перспективи: Зб. наукових праць Волинського національного університету ім. Лесі Українки. Вип. 14. – Луцьк, 2009. – С. 15 – 24):

- міра відчуття тілесного комфорту, енергетичного резерву;
- чіткість диференціації своїх почуттів та можливість їх вираження;
- рівень тривожності, пов'язаної зі своїм здоров'ям;
- ступінь поінформованості й компетентності у сфері здоров'я;
- характер самооцінки здоров'я; місце здоров'я у системі ціннісних орієнтацій та суб'єктивне співвідношення його цінності/доступності;
- рівень внутрішньої мотивації до здорового стилю життя;
- міра активності позиції людини щодо власного здоров'я; міра суб'єктивної цінності різних аспектів здоров'я (фізичного, афективного, інтелектуального, соціального, духовного).

Відповідно до зазначених критеріїв виділено 6 типів ВКЗ:

- інфантильно-оптимістичний;
- ціннісно-продуктивний (зрілий);
- ціннісно-адаптивний (умовно зрілий);
- інфантильно-песимістичний;
- ціннісно-заперечуючий;
- іпохондрично-сенситивний (див. табл. 1).

Таблиця 1.

Типи ВКЗ та їх діагностичні критерії

<i>Типи ВКЗ</i> <i>Критерії</i>	<i>Інфантильно - оптимістичний</i>	<i>Ціннісно-продуктивний (зрілий)</i>	<i>Ціннісно-адаптивний (умовно зрілий)</i>	<i>Інфантильно-песимістичний</i>	<i>Ціннісно-заперечуючий</i>	<i>Іпохондрично - сенситивний (перехідний у ВКХ)</i>
Міра відчуття тілесного комфорту, енергетичного резерву	Не-диференційовані відчуття	Чітка диференціація комфорту-дискомфорту й наявних	Чітка диференціація комфорту-дискомфорту й	Як правило, відчуття помір-ного дискомфорту й дефіци-ту	Не-диференційовані відчуття	Відчуття вираженого дискомфорту й відсутності резерву

Типи ВКЗ Критерії	Інфантильно - оптимістичний	Ціннісно- продук- тивний (зрілий)	Ціннісно- адаптив- ний (умовно зрілий)	Інфан- тильно- песиміс- тичний	Ціннісно- заперечую чий	Іпохондрично - сенситивний (перехідний у ВКХ)
		резервів.	наявних резервів.	резерву		
Чіткість диференціації своїх почуттів та здатність до їх ефективного вираження	Знижена здатність до диференціації та адекватного вираження почуттів	Чітко усвідомлює свої почуття і вміє їх ефективно виражати	Усвідомлює свої найбільш "безпечні" емоційні переживання і прагне їх виражати	Знижена здатність до диференціації та адекватного вираження почуттів	У звичних умовах усвідомлення та адекватне вираження почуттів не доступні	Знижена здатність до диференціації та адекватного вираження почуттів
Рівень тривожності, пов'язаної зі своїм здоров'ям	Низький Переважає ейфорія	Оптимальний, в межах норми	Помірно вищий норми	Високий	Низький Переважає апатія	Високий
Ступінь поінформованості й компетентності у сфері здоров'я	Не систематизований набір інтроєктованих знань	Високий: системні критично осмислені знання	Достатній: критично осмислені знання	Різностороння, як правило, несистематизована та не осмислена критично інформація	Низький. В окремих випадках може бути достатньо високий	Різностороння, як правило, несистематизована та не осмислена критично інформація. Нерідко – низький
Характер самооцінки здоров'я	Неадекватно завищена	Адекватна	Адекватна	Неадекватно занижена	Суперечлива	Низька
Місце здоров'я у системі ціннісних орієнтацій та суб'єктивне співвідношення його цінності-	Формально пріоритетне: "мотиваційний вакуум"	Пріоритетне. Гармонійне співвідношення цінності-доступності	Поступається іншим цінностям Гармонійне співвідношення цінності-доступ-	Формально пріоритетне: внутрішній конфлікт у сфері здоров'я	Його цінність заперечується: "мотиваційний вакуум"	Пріоритетне: внутрішній конфлікт у сфері здоров'я

<i>Типи ВКЗ</i> <i>Критерії</i>	<i>Інфантильно</i> <i>-</i> <i>оптимістичний</i>	<i>Ціннісно-</i> <i>продук-</i> <i>тивний</i> <i>(зрілий)</i>	<i>Ціннісно-</i> <i>адаптив-</i> <i>ний</i> <i>(умовно</i> <i>зрілий)</i>	<i>Інфан-</i> <i>тильно-</i> <i>песимі-</i> <i>стичний</i>	<i>Ціннісно-</i> <i>заперечую</i> <i>чий</i>	<i>Іпохондрично</i> <i>-</i> <i>сенситивний</i> <i>(перехідний у</i> <i>ВКХ)</i>
доступності			ності			
Рівень внутрішньої мотивації до здорового стилю життя	Мотивація імпульсивна	Високий	Помірний	Низький	Внутрішня мотивація відсутня	Помірний
Міра активності позиції людини щодо власного здоров'я	Позиція суперечлива	Активна	Пасивна	Пасивна	Апатична	Пасивна
Міра суб'єктивної цінності різних аспектів здоров'я (фізичного, афективного інтелектуального, соціального, духовного)	Демонстративно висока	Рівномірно висока	Нерівномірно висока	Нерівномірно висока	Низька	Нерівномірно низька

Проведений теоретичний аналіз наукової літератури та емпіричне дослідження дозволили виділити ряд функцій внутрішньої картини здоров'я (Лісова).

Серед *функцій, які виконує ВКЗ* у внутрішньому житті особистості, потрібно насамперед зазначити такі.

- *направляюча* – дана функція задає вектор життєдіяльності людини відповідно до того, які цінності вона сповідує: якщо здоров'я стає для особи справжньою цінністю, то воно перетворюється на рушійну силу, що визначає спрямованість особистості та її основну мотивацію – ствердження у житті, сенсу життя, свободи, насолоди, самоактуалізації; саме такі мотиви, за спостереженнями О.С. Лісової, характерні для психологічно здорової особистості з адаптивною ВКЗ;

заперечення життя чи однаково байдуже ставлення до життя і смерті не сумісні з високим рівнем духовного здоров'я;

- *регулятивна функція* – реалізується через залучення внутрішніх психофізіологічних ресурсів людини та ініціацію, здійснення і контроль (на основі відповідної мотивації) активності, спрямованої на забезпечення здоров'я; тут важливо, якому прагненню підкоряється людина – "бути здоровою" чи "не хворіти"; для більш зрілої (адаптивної) ВКЗ властиве прийняття на себе відповідальності за власне здоров'я і бажання "бути здоровою";

- *когнітивно-структуруюча функція* – ВКЗ значною мірою визначає вибірковість сприйняття інформації з оточуючого середовища; у відповідь на потреби, які формують мотиваційний компонент ВКЗ, на загальному тлі вимальовується фігура, релевантна задачам індивідуального виживання, відповідно до змістового наповнення ВКЗ відбувається компонування і структурування унікального досвіду особистості;

- *прогностична функція* – через ВКЗ конструється і задається часово-просторова перспектива існування особистості;

- *креодизуюча функція* – внутрішня картина здоров'я виступає одним з "каналів" між соматичним і психічним, через який психологічна свобода (чи напруження) реалізуються на соматичному рівні у вигляді тілесної конгруентності [130] й пластичності [107] (чи тілесного розладу) й, навпаки, тілесне знаходить свій вияв на рівні афекту, характеру тощо; Y. Jang зі співавторами на підставі своїх досліджень також вважають що сприйняття здоров'я (perception of health) виконує роль посередника між фізичним і ментальним здоров'ям [249];

- *саногенна (потенціююча) функція* – ВКЗ являється тим внутрішнім потенціалом людини, який використовується нею для подолання проблем, пов'язаних зі здоров'ям: повністю сформована позитивна (адаптивна) ВКЗ сама по собі сприяє підвищенню рівня здоров'я людини; переважання ВКЗ над ВКХ у хворих оптимізує процес лікування та покращує якість життя пацієнтів; описана функція узгоджується з думкою В.Є. Кагана [61], котрий писав, що ВКЗ являється психосоматичним потенціалом особистості, який великою мірою визначає рівень її здоров'я; подружжя Саймонтонів також вказують на те, що при переважанні у самосвідомості онкохворих образу здоров'я над образом хвороби більш ймовірні позитивні прогнози перебігу хвороби [173]; у нашому дослідженні ця

теза підтверджується наявністю прямого кореляційного зв'язку між загальним обсягом ВКЗ і показниками соматичного самопочуття;

- **комунікативно-оптимізуюча функція** – ВКЗ визначає позицію людини у спілкуванні; переважання ВКЗ у самосвідомості особистості позитивно спрямовує її соціальні контакти, оздоровлює взаємостосунки з іншими, сприяє її привабливості для оточуючих; у зв'язку з цим згадується висловлювання Ліхтенберга: "Здоров'я заразне".

Отже, внутрішня картина здоров'я – це структурно складне динамічне утворення у самосвідомості людини, яке розбудовується та диференціюється на основі сенситивних вражень, містить сенситивний, емоційний, когнітивний і мотиваційно-ціннісний компоненти; на рівні кожного з них представлені суб'єктивні образи фізичного, афективного, інтелектуального, соціального й духовного здоров'я; ВКЗ виявляє себе через направляючу, регулятивну, когнітивно-структуруючу, прогностичну, креодизуючу, саногенну та комунікативно-оптимізуючу функції.

3.2. Психічне здоров'я людини та позитивні емоційні стани

Існує безліч словесних характеристик, що описують позитивні переживання. Один із типових прикладів подібних досліджень подано у табл. 2, що дає підстави для висновку про існування двох основних діапазонів емоційних проявів: неприємний (інакше кажучи, щасливий-сумний) і активаційно-гальмівний (або ступінь інтересу та збудженості).

Таблиця 2.

Два виміри емоцій

<ul style="list-style-type: none"> •Напружений •Наляканий •Стривожений •Неспокійний •Сердитий •Розчарований •Пригнічений 	<ul style="list-style-type: none"> •Припіднятий •Збуджений •Здивований •Радісний •Щасливий •Задоволений
•Нещасливий	•Покірний

<ul style="list-style-type: none"> •Сумний •Сонний •Загальмований •Втомлений •В'ялий 	<ul style="list-style-type: none"> •Розслаблений •Спокійний •Безпосередній •Урівноважений
---	---

Розрізняють кілька видів позитивних емоцій. Основному вимірові позитивних емоційних станів відповідає:

I. Почуття радості, що асоціюється [12, 31]:

- із посмішкою на обличчі;
- із задоволенням від спілкування з іншими людьми;
- із відчуттям прийняття навколишніми;
- з упевненістю в собі та спокоєм;
- із відчуттям здатності справитися із життєвими проблемами.

За С.М. Meadows, *радісна* людина стає впевненішою в собі, починає розуміти, що вона живе не даремно, що її життя переповнене глибоким сенсом. *Радісна* людина відчуває себе коханою, потрібною, вона задоволена собою і світом у цілому. Така людина повна енергії, впевнена в тому, що подолає будь-як труднощі. *Радісна* людина бачить світ у його красі й гармонії, сприймає людей у їх кращих проявах. Вона схильна отримувати задоволення від об'єкта, а не аналізувати і критично осмислювати його. *Радість* змушує людину з особливою гостротою відчувати свою єдність зі світом. Це не просто позитивне ставлення до світу та до себе, це своєрідний зв'язок між людиною і світом. *Радість* часто супроводжується відчуттям енергії і сили. Відчуття енергії, яке супроводжує радісне переживання, викликає в людини почуття компетентності, впевненості у власних силах. С. Meadows передбачає, що власне взаємозв'язок між радісним переживанням, відчуттям енергії і почуттям компетентності й викликає те трансцендентне почуття свободи, яким часто супроводжується емоція радості, – почуття виходу за межі власного “Я” і за межі реальності. У стані *радості* людина відчуває незвичайну легкість, енергійність, їй хочеться літати, все набуває іншої перспективи, іншого значення, іншого сенсу [17].

Інший дослідник позитивних почуттів, R.A. Spitz, зазначав, що *радісні переживання* корисні та благотворні для людського організму. Коли людина переживає *радість*, усі системи її організму

функціонують легко і вільно, розум та тіло перебувають у розслабленому стані, і цей відносний фізіологічний спокій дає змогу відновити витрачену енергію. За свідченням багатьох людей, які перенесли те чи інше захворювання, *радісні переживання* прискорюють процес выздоровлення. Клінічні дослідження показують, що відсутність позитивної соціальної стимуляції, що слугує джерелом позитивних емоцій інтересу й радості, може викликати в людини серйозні психічні й фізичні порушення [19].

З іншого боку, якщо *радість* викликана перемогою над іншим і являється єдиним її джерелом, то це, як указує Е. Керрол, може свідчити про серйозні психологічні проблеми. *Радість перемоги* – це прекрасне, чудове переживання, але лише в тому випадку, якщо ця перемога отримана над самим собою, якщо це особистий тріумф, пов'язаний із досягненням важливої, значимої мети. Але якщо єдиним джерелом радості є можливість узяти верх над ближнім, то така стратегія може коштувати людині фізичного та душевного здоров'я.

N.M. Bradburn виявив, що соціально-активні люди, емоційний досвід яких відрізняється великою різнобарвністю, частіше переживають позитивні емоції. Високий соціально-економічний статус, що допомагає уникнути одноманітності й монотонності життя, також позитивно корелює з позитивними емоціями. Але вчений відзначив, що гроші й соціальне становище можуть сприяти радості, але не в змозі позбавити смутку [15, 226]. Таке бачення ще раз підтверджує тезу про відносну незалежність позитивної і негативної емоційності.

II. Позитивний емоційний стан, який характеризується:

1. Інтенсивністю і глибиною переживань, що базуються на почутті прихильності до інших людей.

2. Напрямом збудження й інтересу. Цей вид переживань спричиняється прослуховуванням музики, читанням і спілкуванням із природою.

3. Задоволеністю та почуттям комфорту.

Якщо описувати емоцію *інтересу*, то можна відзначити що вона відіграє досить важливу роль в еволюції людини, виконуючи різноманітні адаптаційні функції. Формування і розвиток соціальних стосунків значною мірою пов'язані з тим інтересом, який переживає людина до представників свого виду, – із всіх явищ нашого світу

людину найбільше цікавить людина. *Інтерес* сприяє досягненню сексуальної насолоди і слугує стабілізуючим фактором сексуальних і сімейних стосунків. Він необхідний для розвитку навиків і умінь, а значить, відіграє важливу роль в інтелектуальному розвитку людини. Викривлений розвиток *емоції інтересу* – збудження, може створювати психологічні й навіть психопатологічні проблеми. Маніакальні хворі, як правило, відрізняються підвищеним рівнем інтересу – збудженням. Аномально високе чи низьке вираження мотиву пошуку відчуттів може бути індикатором завищеного чи заниженого порогу емоції інтересу та може викликати порушення адаптації¹.

Глибина й інтенсивність позитивних станів відображають повноту, глибину або інтенсивність переживань і мають багато спільного з “піковими переживаннями”, у характеристику яких входять: захопленість, усвідомлення того, що відбувається [12, 32].

Джерела позитивних емоцій лежать у різній площині:

- прийом їжі, алкоголю;
- відпочинок, сон;
- шлюбні й інші близькі взаємини;
- успіх, задоволеність;
- фізична активність, спорт, відчуття здоров’я, секс;
- виконання діяльності, використання умінь і навичок (водіння автомобіля, столярні роботи, шиття і т. д.);
- читання, музика, перегляд телепередач;
- інтенсивні переживання (естетичні, релігійні) [12, 32].

Відповідно до деяких досліджень, існують два джерела задоволення: цільове й парацільове.

1. Цільове – люди переслідують серйозні цілі, піклуються про майбутнє.

2. Парацільове – пошук джерел руху. Людей цікавить дія як така, не важливо, куди вона може привести [12, 32].

До основних як позитивних, так і негативних емоцій належать:

- відчуття щастя;
- сум;
- роздратованість;
- страх;
- відраза;
- презирство;

¹ Цит. із книги “Психологія емоцій”. – К.; СПб.: Питер, 2003. – С. 144–145.

- подив;
- інтерес;
- почуття сорому [12, 32].

Вплив позитивних емоцій на психічне здоров'я відбувається за такими ознаками:

1. Характеристики позитивного мислення:

- 1) доброзичливий опис соціальних ситуацій;
- 2) сприйняття себе як соціально-компетентної особистості;
- 3) почуття впевненості в собі й самоповага.

2. Пам'ять. У гарному настрої легше згадати радісні події в житті, слова, наповнені позитивним змістом.

3. Рішення проблем. Люди в гарному настрої відрізняються підвищеною реакцією, здатністю виробляти найпростішу стратегію рішення.

Стимулювання гарного настрою або позитивних емоцій приводить не тільки до оригінальних рішень, а й до різноманітних словесних асоціацій, що свідчить про творчий діапазон.

4. Допомога й альтруїзм. Дослідження показали, що для щасливих людей властиві такі риси, як щедрість і готовність прийти на допомогу. Гарний настрій стимулює думки про доброзичливу поведінку.

5. Симпатії стосовно навколишніх. Багато людей, перебуваючи в гарному настрої, схильні оцінювати позитивно оточуючих. Ця характеристика складається з емоцій, переживань [12, 32–33].

Настрій – загальний емоційний стан, що протягом певного часу змальовує переживання і діяльність людини; причина такого стану не завжди усвідомлюється та трактується як “беззвітна”. Позитивні емоційні стани можуть змінюватися негативними, інколи – депресивними станами. Далі розкриємо взаємовплив депресивних станів та психічного здоров'я.

3.3. Психічне здоров'я людини й депресивні стани

Депресивні стани передбачають складну комбінацію емоцій, уявлень, споминів і думок. Окрім цього, депресія включає в себе різноманітні соматичні симптоми. Найчастіше депресія пов'язана з

утратою, коли людина відчуває, що не здатна справитися з утратою, і досить часто вона дійсно буває нездатною подолати це. Окрім того, депресія може бути викликана не лише фізичною втратою (смертю коханої людини), її причиною може стати втрата самоповаги, роботи, втрата дружніх чи близьких стосунків тощо. Причиною депресії може бути соціальна ізоляція і самотність, переживання почуття провини.

Як указують Г.В. Ложкін, О.В. Носкова, І.В. Толкунова, для людей у стані депресії характерний негативізм. Їхній погляд на життя можна окреслити як такий, що забарвлений у темні кольори. Люди з важкою формою депресії відчувають нікчемність, апатію, байдужність до друзів і родини, вони не можуть нормально спати. Надмірно песимістичний погляд на світ змушує їх перебільшено переживати погане і зводити до мінімуму гарне [12, 33].

В основі мислення людей у стані депресії лежить атрибуція відповідальності. У людей у стані депресії легше знайти негативний стиль пояснення, ніж у людей без депресії (рис. 2). Вони з легкістю пояснюють невдачу стійкими причинами.

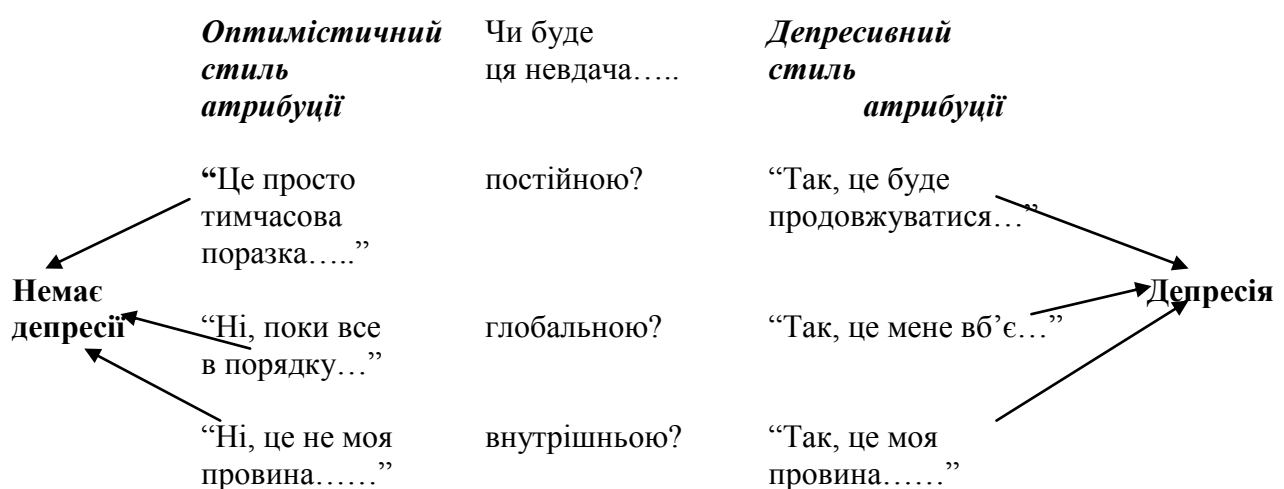


Рис. 2. Залежність стилю пояснення від емоційного стану особистості

На основі рис. 2 можемо зробити такі висновки:

Депресивний настрій є причиною негативного мислення.

Коли ми відчуваємо себе щасливими, то бачимо і згадуємо гарне. Але якщо наш настрій стає похмурим, то наші думки починають рухатися іншим шляхом. Рожеві окуляри ховаються у футляр, а на світло витягаються чорні. Тепер поганий настрій викликає в пам’яті

негативні події. Здається, що наші взаємини зіпсувалися, наш “Я-образ” погіршився, наші надії на майбутнє похмурі, вчинки людей огидні. Таким чином, коли депресія наростає, спогади й очікування стають важкими; коли депресія йде на спад, мислення прояснюється.

Американські дослідники продемонстрували, як **поганий настрій**, викликаний невдачею, **може затьмарити мислення**. Дослідники просили болільників спрогнозувати результати майбутніх ігор команди і свою власну поведінку. Після поразки команди люди досить похмуро оцінювали не тільки її майбутнє, а й своє власне [12, 34].

Депресивний настрій впливає і на поведінку. Замкнута, похмура і невдоволена людина не отримує радості й співчуття від інших. Виявлено, що люди в стані депресії усвідомлюють, що інші не схвалюють їхню поведінку. Їхні песимістичні погляди й, особливо, їхній поганий настрій викликають соціальне відторгнення. Депресивна поведінка може також викликати відповідну депресію в інших. Тому для людей у стані депресії існує ризик розлучення, звільнення з роботи або небажання спілкуватися з іншими. Вони також можуть вишуковувати людей, які відгукуються про них недоброзичливо, підтверджуючи і ще більше підсилюючи тим самим свій низький “Я-образ”.

Отже, можна стверджувати, що стан депресії має когнітивний і поведінковий ефекти [12, 35].

Негативне мислення є причиною депресивного настрою. Багато хто почуває депресію, коли переживає важкі стреси: втрату роботи, розлучення або розрив із близькою людиною, страждання під час фізичної травми – усе, що підриває почуття власної значимості. Однак сумні міркування можуть бути й адаптивними – прозріння, що відбулося під час депресивної бездіяльності, може пізніше породити кращі стратегії для взаємодій зі світом. Разом із тим люди, схильні до депресії, реагують на погані події, зосереджуючись на собі й обвинувачуючи себе. Але їхня самоповага швидко зростає, коли вони почувають підтримку, і падає, коли з’являється загроза [12, 35].

Дослідження дітей, підлітків і дорослих підтверджують, що ті, у кого песимістичний стиль поведінки, з більшою імовірністю впадуть у депресію, якщо відбудуться неприємні події. У тих, хто схильний до депресії, стреси є пусковим механізмом до сумних переживань, зосередженості на собі, самозвинувачення. Подібні переживання породжують депресивний настрій, що круто змінює думки і вчинки людини, які, у свою чергу, підживлюють негативні переживання, самозвинувачення та депресивний настрій.

Значить, депресія одночасно є і причиною, і наслідком негативного пізнання (див. рис. 3).

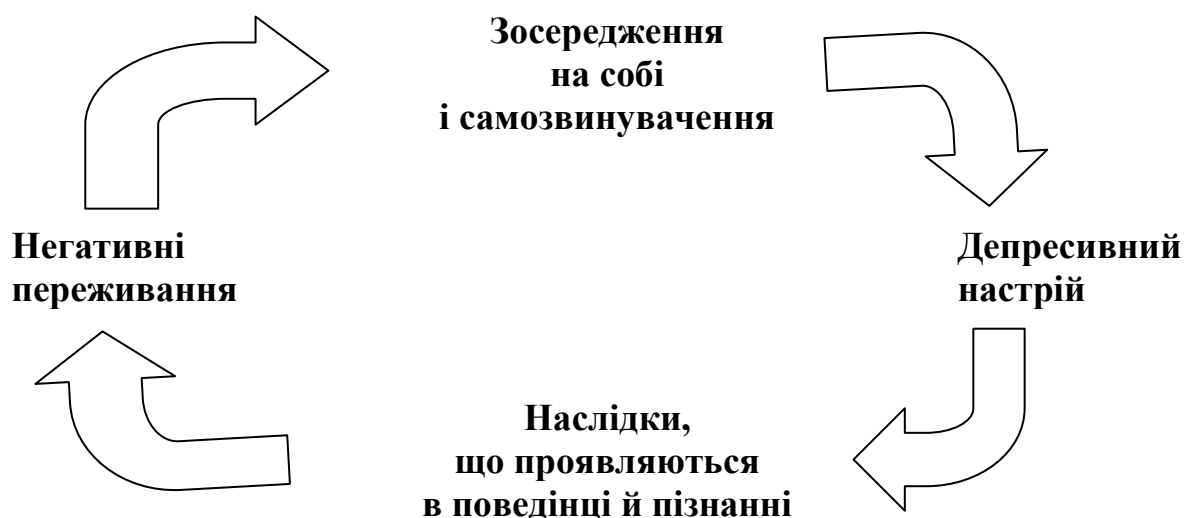


Рис. 3.3.2. Порочне коло депресії

Неможливо дати повну картину депресії без урахування її біогенетичних, соціокультурних і когнітивних аспектів. А.Н. Kraines досить детально розробив біогенетичну теорію депресії. Етіологія депресії розглядалася ним головним чином із точки зору спадковості й ендокринних факторів. Щодо спадковості депресії, то вчений наводить приклад, що коли один із одноплятцевих близнюків страждає психотичною депресією, то у 70–96 % випадків існує ймовірність що інший теж захворіє [16].

Результати ряду досліджень свідчать про явний зв'язок соціокультурних факторів із поширенням депресії. Так, С. Silverman виявив, що в Африці і в Ірландії депресія поширена значно менше, ніж в Англії. За даними досліджень, африканці страждають депресією значно менше, ніж європейці [18]. Значить, треба мати на увазі такі соціокультурні фактори, як особливості виховання та етнічність, що тісно переплітається зі спадковими і конституційними факторами.

Вичерпною когнітивною теорією депресії є теорія А.Т. Бек. Когнітивні процеси, на думку вченого, є первинною детермінантою емоцій, настрою і поведінки. Сприйняття індивідом самого себе, сприйняття світу і майбутнього розглядається як первинна тріада когнітивних факторів. У силу негативного самосприйняття депресивна людина вважає себе:

- неадекватною;
- нікчемною;

- ущербною;
- нещасливою [14].

Негативний погляд на світ змушує її сприймати свою взаємодію з ним як перелік провалів і поразок, а негативне сприйняття майбутнього виражається в тому, що людина бачить попереду лише нескінченне продовження мук. Більшість типових депресивних симптомів, такі як параліч волі, суїцидальні спроби і занижена самооцінка, пояснюються А.Т. Бек як результат дії того чи іншого когнітивного фактора [14].

Першопричиною депресії, на думку А.Т. Бека є не емоції, а когнітивна організація, схема, яка диктує депресивне сприйняття і депресивну концептуалізацію об'єкта чи ідеї. Його модель депресії заснована на таких характеристиках, як особистісна ущербність і негативні очікування. Окрім того, вчений провів детальний, всесторонній аналіз симптомів і проявів депресії. Він виділив **чотири основні групи характеристик депресивного стану:**

1. Емоційні (горе, сум, пригнічений настрій).
2. Когнітивні (відмова самому собі від найбільш важливих особливостей).
3. Мотиваційні (пасивність, залежність, уникання, параліч волі).
4. Фізіологічні (утрата апетиту, розлади сну) [14].

Отже, психічне здоров'я людини і депресивні стани взаємопов'язані. Депресія в основному розглядається як стан безпорадності, постійної тривоги, очікування болю і страху, як утрата окремих навиків адаптаційної поведінки і заміщення їх реакціями уникання. Депресія в основному виникає унаслідок втрати, причому не лише фізичної, а й втрати самоповаги, впевненості у собі та почуття власної гідності. Депресія є складним патерном базових емоцій, що включає в себе передусім емоцію горя, а також різні комбінації гніву, відрази і презирства (ворожі почуття по відношенню до самого себе й до інших людей), емоції страху, провини і сорому. Окрім того, враховується роль інших афективних факторів, таких як зниження сексуального інтересу, підвищення втомлюваності і погіршення фізичного самопочуття.

Питання для самоконтролю

1. Психологічні складники внутрішньої картини здоров'я.

2. Механізм формування внутрішньої картини здоров'я.
3. Види позитивних емоцій і їхній вплив на психічне здоров'я.
4. Депресивний настрій як причина негативного мислення.

Тема практичного заняття

Принципи і прийоми психічного оздоровлення особистості

Література

1. Богучарова О. І. Внутрішня картина здоров'я як умова формування особистості (спроба проб лематизації) // Зб. наук. пр. Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка АПН України.– Т. IV.– Ч. 1.– 2002.– С. 11–20.
2. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Уч. пос. для студ. высш. уч. завед.– М.: Изд. центр “Академия”, 2001.– 352 с.
3. Василюк Ф. Е. Жизненный мир и кризис: анализ критических ситуаций // Психол. журн.– 1995.– Т. 16.– № 3.– С. 90–101.
4. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций).– М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.– 200 с.
5. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія і практика.– Л.: Вид. центр ЛНУ ім. Івана Франка, 2006.– 338 с.
6. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // Вопр. психологии.– 1993.– № 1.– С. 86–88.
7. Критерії психологічної діагностики і типологія внутрішньої картини здоров'я. // Психологічні перспективи: Зб. наукових праць Волинського національного університету ім. Лесі Українки. Вип. 14. – Луцьк, 2009. – С. 15 – 24
8. Лісова О.С. Психокорекція дезадаптивних типів внутрішньої картини здоров'я у хворих на виразкову хворобу // Медицинская психология. – 2008. – Т.3, № 1. – С.44 – 50.
9. Маслоу А. Г. Мотивация и личность / Пер. с англ.– СПб.: Евразия, 1999.–478 с.
10. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство.– М.: МЕД-пресс, 1998.– 592 с.

11. Мясищев В. Н. Психические состояния и отношения человека // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева.– 1996.– № 1–2.
12. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как психотерапевт / Пер. с англ., нем.– М.: Смысл, 1993.– 332 с.
13. Перлз Ф. Внутри и вне помойного ведра // Перлз Ф., Гудмен П., Хефферлин Р. Практикум по гештальт-терапии.– М.: Академия; СПб.: Петербург XXI век, 1997.– 448 с.
14. Психология здоровья человека / Г. В. Ложкин, О. В. Носкова, И. В. Толкунова / Под ред. В. И. Носкова.– Севастополь: Вебер, 2003.– 257 с.
15. Психология здоровья: Учеб. для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова.– СПб.: Питер, 2003.– 607 с.
16. Beck A. T. Depression.– New York, Harper & Row, 1967.– P. 167.
17. Bradburn N. M. The Structure of Psychological Well-Being.– Chicago, Aldine, 1969.– P. 137.
18. Kraines A. H. Mental Depression and their Treatment.– New York, Macmillan, 1957.– 344 p.
19. Meadows C. M. Joy in Psychological and Theological Perspective: A Constructive Approach.– Unpublished Doctoral Dissertation, Princeton Theological Seminary, Princeton, NJ, 1968.
20. Silverman C. The Epidemiology of Depression.– Baltimore, Johns Hopkins Press, 1968.– 340 p.
21. Spiltz R. A., Wolf K. M. The Smiling Response: A Contribution to the Ontogenesis of Social Relations.– Genetic Psychology Monographs, 1946.– P. 34, 57–125.

Частина II. ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Розділ 4. ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

4.1. Саморегуляція стану та поведінки в забезпеченні здоров'я

Із дефініції поняття "здоров'я людини", яке пропонує у своєму валеологічному словнику М.С. Гончаренко, випливає, що основною характеристикою здорової людини є здатність до досконалої саморегуляції [40]. Саморегуляція трактується як особливий рівень програмування діяльності на основі процесів передбачення; цілеспрямована зміна як окремих психо-фізіологічних функцій, так і нервово-психічного стану в цілому, а також характеру і способу дій [143].

Людей, які досягли найвищого рівня психологічного здоров'я, А.Маслоу називає самоактуалізованими особистостями. Такі люди присвячують своє життя пошуку "бутєвих", тобто межових цінностей. Хвора людина – це людина, яка впустила справжнє щастя, не пізнавши істинного виконання бажань, насиченого емоціями життя і спокійної, сповненої сенсу старості [120].

Критерії, запропоновані М.С.Гончаренко та А.Маслоу, взаємодоповнюються, оскільки перші охоплюють показники фізичного, психічного і соціального здоров'я, а другі стосуються насамперед здоров'я психологічного і духовного. Уважне знайомство з теорією самоактуалізації дозволяє зрозуміти, що остання неможлива без досягнення досконалої саморегуляції і є наступним по тому кроком. Тож, ознакою високого рівня здоров'я можна вважати досконалу саморегуляцію і самоактуалізацію особистості.

Здоров'я часто пов'язують із урівноваженістю з зовнішнім світом усіх внутрішніх процесів організму, емоційних та фізіологічних реакцій тощо [38]. В.А.Ананьєв [7] та Г.С.Нікіфоров [160] називають урівноваженість одним з найважливіших критеріїв психічного здоров'я. Згідно з В.М.М'ясищевим, від міри вияву психічної рівноваги залежить урівноваженість людини з

об'єктивними умовами, її пристосовуваність до них. При цьому, урівноваженість – це не мертва, застигла рівновага, а процес, поступальний рух життєво важливих біологічних і психічних процесів [126].

В.Н.Панкратов [143] пише про те, що критерій урівноваженості органічно пов'язаний з гармонійною організацією психіки й адаптивними можливостями. Гармонія розуміється як баланс між різними частинами «Я» людини, між фізичним, емоційним, інтелектуальним, комунікативним аспектами; між людиною та її оточенням чи природою [144].

У сучасній психології ще немає такого визначення понять самоконтролю і саморегуляції, яке можна було б назвати вичерпним. Досить часто вони використовуються як синоніми. Якщо звернутися до визначення поняття *саморегуляції*, за Г. С. Никифоровим, то в загальному розумінні автора це є свідомий вплив людини на притаманні їй психічні явища (процеси, стани, властивості), на діяльність, яку вона виконує, на власну поведінку з метою підтримки та збереження чи зміни характеру їх протікання (функціонування) [16, 389]. Із точки зору А. С. Ромена, це є процес самонавіювання, досить складний вольовий процес, що забезпечує цільове формування готовності організму до визначеної дії та за необхідності – її реалізації¹.

Суб'єктом саморегуляції є сама людина. В ролі *об'єкта* виступають психічні явища, діяльність або поведінка людини [16, 389]

Саморегуляція фізіологічних функцій здійснюється за гомеостатичним принципом, що означає необхідну підтримку біологічних констант, сформованих у процесі еволюції, або, інакше кажучи, еталонів організму. Прикладом таких констант можна назвати концентрацію цукру в крові, уміст у ній вуглекислого газу й кисню, температуру тіла, артеріальний тиск та ін [15, 62].

Саморегуляція за гомеостатичним принципом полягає в тому, що той або інший контрольований складник за допомогою самоконтролю безупинно звіряється з відповідним біологічним еталоном, і якщо в результаті перевірки з'являється сигнал

¹ Цит. за: Психическая саморегуляция. Вып. 2 / Под ред. А. С. Ромена.– Алма-Ата, 1974.– С. 7.

неузгодженості, то власне це є поштовхом до відновлення порушеної рівноваги.

Процеси психічної саморегуляції носять завжди свідомий і цілеспрямований характер [1; 3; 4; 5; 6]. Наведемо приклади використання людських ресурсів для саморегуляції:

Корекція динаміки втомлюваності зводиться до зменшення навантажень. Це є необхідною умовою, оскільки зростання втомлюваності супроводжується підвищеною чутливістю, хворобливим сприйняттям впливів, які раніше сприймалися як нормальні чи незначимі. Окрім зменшення навантаження, як додаткові засоби психогігієни втомлюваності можна використовувати:

- зміну діяльності;
- суворе дотримання режиму навантажень і відпочинку;
- навіювання та самонавіювання сну;
- навчання раціональним прийомам відпочинку під час коротких пауз;
- спеціальні аудіо й відеозаписи картин природи, співу птахів, шуму води тощо.

Засоби, які використовують для зняття психічної напруги, мають заспокійливий, відволікаючий характер.

Зняття психічної напруги можна здійснювати за допомогою стратегії десенсибілізації, тобто зниження чутливості. Саме чутливість викликає неадекватну психічну напругу, яка може бути викликана:

- непосильними завданнями, що поставлені перед людиною;
- переоцінкою власних сил і можливостей;
- так званим “зараженням” нервозністю інших людей.

Засоби саморегуляції мають основне значення під час виникнення психічної напруги. Ефект саморегуляції залежить від володіння її прийомами. Так, наприклад, опишемо, як можна подолати фрустрацію. **Стан фрустрації** виникає внаслідок виникнення неочікуваних перепон на шляху до поставленої мети і супроводжується переживанням невдачі. Різниця між бажаним та реально досяжним здається нездоланною і викликає стійкі негативні емоції. Негативні емоції посилюються за рахунок стомлення і стресу та несуть значну небезпеку для психічного здоров'я. Стратегія подолання фрустрації характеризується швидким переходом від стану спокійного раціонального аналізу до енергійних дій для досягнення мети. Успішне вирішення ситуації сприяє відволіканню від невдач і

появі впевненості у своїх силах. Для цієї мети використовують засоби саморегуляції. Саморегуляція передбачає вплив людини на саму себе за допомогою слів, мислительних уявлень [16, 386–408].

Саморегуляція включає в себе такі **види**:

1. Аутогенне тренування – складається із двох частин. Перша орієнтована на зняття психічної напруги, на заспокоєння. Друга передбачає перехід людини в особливий стан – надії, довіри, віри в можливості організму, в характер, формування бажаних психічних якостей. Людина не мислить раціонально, а повністю довіряє своєму організму. Ступінь володіння цим методом саморегуляції залежить від психологічної розробки етапів, відповідно до яких людина переходить від початкового психічного стану до необхідного для здоров'я, до вищих досягнень, розвитку психічних процесів і станів [16, 390–395].

2. Самопереконання – вплив на самого себе за допомогою логічно обумовлених переконань, на основі пізнання законів природи й суспільства.

3. Самонавіювання – спосіб впливу, що базується на вірі, коли істина приймається без реальних доказів, але від цього не втрачає свою значущість.

4. Біологічний зворотний зв'язок (БЗЗ) – інструментальні прийоми реалізації зворотного зв'язку, які дають змогу навчитися свідомому контролю та довільному впливові на ряд процесів, які не відчуються і не усвідомлюються в організмі (біологічна активність мозку, серцевий ритм, показники температури тіла, тиск крові, м'язова релаксація тощо). БЗЗ забезпечується за допомогою електрофізіологічної апаратури, яка змінює та показує (у зоровому і слуховому варіанті) результати впливу на протікання того чи іншого довільного фізіологічного процесу. Це дає постійну можливість суб'єкту саморегуляції контролювати характер його розвитку [16, 396; 17].

5. Медитація – серія мислительних дій, мета яких – досягнути особливого стану організму людини, що характеризується зануренням у глибокий фізичний і психічний спокій, відгородженість від зовнішнього світу, під час якого зберігається здатність до роздумів – оперування образами на раніше задану тематику. Досягається медитація шляхом концентрації внутрішньо спрямованої уваги, можливого великого м'язового розслаблення (релаксації) та емоційного спокою. Медитація є значно простішою, ніж інші способи саморегуляції. Вона дає змогу зняти емоційну напругу, привести

психічний стан до рівноваги. Медитація добре зарекомендувала себе як ефективний захист організму від руйнівного впливу стресу. Вона здатна знижувати м'язову напругу, сприяє регуляції дихання, нормалізації пульсу, зняттю гостроти почуття тривоги і страху [16, 398; 17].

6. Йога – дисципліна розуму й тіла. Основна мета – послідовно розвивати такі властивості організму, які дають змогу зрозуміти дійсність і ствердити самосвідомість, підтримуючи здорове функціонування мозку й психіки. Цього можна досягнути, поступово підіймаючись усіма рівнями йоги [11; 16, 398–402; 17].

7. Психом'язове тренування – психічне самонавіювання, коли робота мозку зосереджена в основному на тренуванні уявлень. Основний зміст методу складають так звані словесні формули, спрямовані на створення стану зниженої активності різних систем організму. В основі такого тренування лежать:

- уміння розслабитися;
- спосіб максимально чітко, з великою силою уяви, але не напружуючись, уявити стан формули самонавіювання;
- уміння тримати увагу на вибраному об'єкті;
- уміння впливати на самого себе потрібними словесними формулами [16, 402–404; 17].

8. Ідеомоторне тренування – уміння безпосередньо перед виконанням руху уявити його ідеомоторно й точно, а далі назвати рух, що виконується, точними словами [2]. Таке тренування зазвичай багаторазово повторюється, свідоме, означає активне уявлення та відчуття навику, який засвоюється. Навики активного уявлення рухів, що реально виконуються, сприяють швидкому оволодінню ними, їх закріпленню, корекції, а також прискоренню самовдосконалення [17, 404–406].

Отже, рівень стресостійкості, захист фізичного і психічного здоров'я від впливу факторів стресу багато в чому залежить від прийомів саморегуляції. Саморегуляція статну та поведінки, як показали дослідження В. І. Тимофєєва, співпрацівника кафедри психологічного забезпечення професійної діяльності СПбДУ, особливо потрібна при таких причинах, як [16, 386–387]:

1) *незадоволеність своїм негативним станом* (46 % досліджуваних, які звернулися на заняття ПСР – психічної

саморегуляції). Незадоволеність проявлялася такими характеристиками:

- часте роздратування;
- неврівноваженість;
- почуття внутрішньої напруги, поганого настрою;
- депресії, відсутність радості в житті;
- часті переживання неспокою, тривоги, страху, втоми,

в'ялості;

- низька працездатність, погана витривалість;

2) *проблеми стосунків і самооцінки* (25 % досліджуваних), які проявлялись у:

- відсутності впевненості в собі й у завтрашньому дні;
- відсутності внутрішньої свободи і здатності впливати на життєву ситуацію;
- нехватці “сили духу”;
- незадоволеності міжособистісними стосунками;
- неадекватній самооцінці.

3) *хворобливі симптоми* (22 % досліджуваних), які проявлялися у:

- поганому самопочутті;
- частих болях;
- порушенні сну;
- проблемах із надлишковою вагою.

4) *потреба в самореалізації* (7 % досліджуваних), яка проявлялася в:

- бажанні пізнати й розширити свої можливості.

Як бачимо із вищеперерахованих причин звернення за ПСР ідея самовдосконалення поки що посіла останнє місце в думках і діях людей.

Аналіз наведених вище ознак здоров'я показує, що одними з основних характеристик психологічно здорової людини є досконала саморегуляція, яка веде до адаптації, врівноваженості, гармонії та самоактуалізації; рольова й особистісна свобода, пластичність, непередбачуваність; ціннісне й відповідальне ставлення до себе й до життя; активна життєва позиція; здатність до конструктивних стосунків з іншими людьми. Базовим мотиваційним чинником, що виявляється в ініціації, здійсненні й контролі активності, спрямованої на забезпечення здоров'я, виступає розвинута воля. Тобто, у сучасних

наукових підходах до розуміння сутності здоров'я людини на передній план виходять його суб'єктивні, психологічні аспекти. Вони розкриваються, зокрема, через поняття внутрішньої картини хвороби та внутрішньої картини здоров'я.

Повчальні парадигми естетичної саморегуляції особистості містяться у творах **Конфуція** (Кун-цзи, близько 551-478 рр. до н.е.) та його учнів. Характерний щодо цього такий уривок із «Висловів» («Лунь юй») його послідовного учня Цзенци (Цзень Шеня, «учителя Цзена»): «Я за день себе тричі запитую: Чи залишився я вірний тим, для кого стараюсь. І чи зберіг щирість у спілкуванні з друзями. І чи повторював те, що мені передавалось».

Різні способи пояснення зовнішнього і внутрішнього світу людини, досягнення єдності й гармонії дають змогу виділити спільну сферу, властиву для кожної з культур. Цією спільною сферою є мета досягнення взаємоузгодженості, рівноваги й гармонії життєвих процесів людини, суспільного організму і довкілля – всесвіту (Двіжона, 81).

Саморегуляція визначається як один з універсальних принципів існування організму, що здійснюється на різних рівнях його функціонування, самовдосконалення.

Методи саморегуляції дозволяють витіснити негативні емоції, які руйнують людину фізично та морально, і налаштувати на позитивні почуття. Як правило, це життєстверджуюче самонавіювання, зняття напруги за допомогою релаксації.

Мета психічної саморегуляції — здатність керувати власними діями й станами.

Згідно системного підходу, саморегуляція — це багаторівневе, поліфункціональне явище; вона включає і психомоторну, і когнітивну, і комунікативну сфери людини. **Процес саморегуляції зумовлюється:**

- природними (типологічними) особливостями, зокрема емоційністю;
- особистісними властивостями (характер, спрямованість, інтереси, ідеали, цінності).

Саморегуляція особистості полягає у відображенні «конкретного ставлення людини до дійсності, в якому виявляються властивості особистості, що мають більш комплексний конкретний характер, ніж функції та аналітичне виділені процеси» (С.Л. Рубінштейн).

Рівні психічного відображення, якими регулюються дії як складові діяльності:

1) сенсорно-перцептивний (образи відчуття, сприймання);

2) уявлення (образи уявлення, тобто образи тих предметів і явищ, які в даний момент на органи чуття не впливають, але впливали в минулому);

3) вербально-логічний: рівень мовно-мисленнєвих процесів.

Процесуальна саморегуляція профдіяльністю значною мірою 'забезпечується завдяки створенню функціональних систем. П.К.Анохін вказує на те, що функціональна система, як правило, включає в себе різні органи, тобто в ній узгоджуються образні й моторні компоненти психомоторики індивіда. В.Д. **Шадриков**, розглядаючи проблеми професійних здібностей, стверджує, що «ефективність діяльності визначається рівнем сформованості й організації функціональної системи діяльності». А «здібності можна визначити як характеристику продуктивності функціональних систем, які реалізують той чи інший психічний процес (сприймання, пам'ять, мислення тощо)».

Отже, особливості перебігу процесу саморегуляції зумовлюються, з одного боку, видом, типом і формою дії, що виконується, з іншого — рівнем розвитку психомоторних (мовно-моторних), перцептивних, мнемічних, розумових здібностей індивіда, які під впливом змісту діяльності, зокрема трудової, набувають спеціальної спрямованості й трансформуються в актуальні професійні. В процесуальній саморегуляції психічні (когнітивні) процеси розгортаються переважно як мимовільні, тобто в них відсутній свідомий контроль.

Головною в особистісній саморегуляції є **установка**. Однак «образ-ціль» впливає не тільки на загальну спрямованість діяльності, що усвідомлюється, а й на особливості формування та роботи інших ланок процесу саморегулювання. Отже, «образ-ціль», «образ-результат», «образ-значущі умови» - це головні базові регуляційні опори, які дають можливість здійснювати усвідомлений контроль за виконанням діяльності.

Важливу роль у саморегуляції діяльності, поведінки відіграє **слово**. Воно виокремлює об'єкт із середовища, даючи йому ім'я і включаючи його в категорію подібних. Як одиниця мовлення воно дає людині змогу *організовувати* свою і чужу поведінку, *аналізувати* зовнішнє середовище. На аналітичності слова, його ролі у формуванні понять наголошував **Л.С. Виготський (Двіжона, 153)**.

Процеси психічної саморегуляції мають і цілеспрямований характер. Наприклад, займаючись психічним тренуванням (розвитком) пам'яті, уваги, швидкості реагування й інших процесів або опановуючи навички психічної регуляції власного стану (за допомогою аутогенного тренування), людина може керуватися при цьому цілями загального характеру, тобто самовдосконалення, зміцнення свого психічного здоров'я.

Оволодіння методикою ПСР дозволяє розвинути підвищену сприйнятливості до самоспонування, самонаказу тощо. А.Франс зауважив: «Немає магії сильнішої, від магії слова». І.П. Павлов стверджував, що слово - це найгостріший скальпель, до якого потрібно ставитися так само «стерильно», як і до хірургічного інструмента.

Установлено, що систематичне застосування різних модифікацій методик ПСР справляє чималий позитивний вплив:

1) дозволяє нормалізувати емоційно-енергетичні характеристики психіки, зокрема закріпити переважно позитивні психічні стани.

2) виявлено вплив ПСР на індивідуальні особливості, такі показники, як екстраверсія й нейротизм (спостерігається тенденція до зниження інтровертності);

3) підвищується потреба в соціальних контактах;

4) знижуються показники особистісної й ситуативної тривожності;

5) поліпшується контроль за проявом почуттів, підсилюються витримка, цілеспрямованість;

6) знижується схильність до переживання станів непевності в собі, розгубленості, непродуктивної напруженості;

7) підвищує ефективність професійної діяльності;

8) сприяє укріпленню психічного здоров'я.

Не тільки науковий, але й практичний інтерес має дослідження питання про те, чому люди звертаються до занять психічною саморегуляцією, які мотиви їх спонукають. Одна з небагатьох спроб у цьому плані здійснена В.І.Тимофієвим. Автором визначено (на групі з 216 чоловік: 160 жінок, 56 чоловіків у віці від 27 до 70 років), що головна причина (її вказали 46% досліджуваних) їхнього перебування на заняттях із психічної саморегуляції -незадоволеність своїм негативним станом. Ця незадоволеність знаходила вираження в роздратованості; неврівноваженості; відчутті внутрішнього

напруження, поганому настрої; депресії, відсутності радості життя; переживаннях занепокоєння, тривоги, страху; втоми, млявості, низькій працездатності, поганій витривалості. На другому місці (25%) постали проблеми взаємин і самооцінки: відсутність упевненості в собі й у завтрашньому дні, відсутність внутрішньої волі й відчуття можливості впливати на життєву ситуацію, незадоволеність міжособистісними взаєминами, неадекватна самооцінка (або занижена, або завищена оцінка своєї активності, сили свого «Я»). На третьому місці (22%) знаходяться хворобливі симптоми: погане самопочуття, часті болі, порушення сну, проблеми із зайвою вагою. Нарешті 15 осіб (7%) пояснили своє перебування на занятті потребою в самореалізації, прагненні пізнати й розширити свої можливості. Останній результат особливо помітний і свідчить про те, що ідея самовдосконалення найменш популярна (Двіжона, 155).

Види психічної саморегуляції

На сьогодні існує значна кількість методичних різновидів ГІСР, які успішно застосовуються на практиці. Найбільш відомі з них:

Аутогенна тренування (АТ)

Психорегулююче тренування (ПРТ)

Ідеомоторне тренування (ІТ) тощо.

4.2. Самоконтроль стану та поведінки у забезпеченні здоров'я

Серед психологічних механізмів, що забезпечують психічне здоров'я, самоконтролю належить керівна роль. За своєю суттю самоконтроль спрямований на запобігання будь-якому порушенню рівноваги.

Самоконтроль уключений в усі види діяльності людини: ігрову, навчальну, трудову, наукову, спортивну й ін. Властиві людині різні механізми самоконтролю є ієрархічно організованими та спостерігаються вже на клітинному рівні життєдіяльності людини. Самоконтроль пронизує всі психічні явища, притаманні людині (процеси, стани, властивості) [15, 62]:

- психічні процеси: відчуття, сприйняття, увага, мислення та ін.;
- самоконтроль людини за власним психічним станом: самоконтроль емоційної сфери;

– самоконтроль як властивість людини, яка, в результаті виховання і самовиховання, стала рисою її характеру.

Особливо слід визначити самовладання. Воно є тією дуже важливою рисою характеру, яка допомагає людині керувати собою, власною поведінкою, зберігати здатність до виконання діяльності в найнесприятливіших умовах. Людина з розвиненим самовладанням уміє за будь-яких, навіть надзвичайних, обставин не піддаватися паніці, зберігати ясність розуму, підкоряти свої емоції голосу розуму. Основний зміст цієї риси характеру становить функціонування двох психологічних механізмів: самоконтролю й корекції (впливу).

За допомогою самоконтролю суб'єкт стежить за своїм емоційним станом. Із цією метою він задає собі контрольні питання типу: «чи не виглядаю я зараз схвильованим»; «чи не занадто жестикулюю»; «чи не говорю я занадто тихо або, навпаки, голосно» тощо.

Якщо самоконтроль фіксує факт неузгодженості, то це є поштовхом до запуску механізму корекції, спрямованого на придушення, стримування емоційного «вибуху», на повернення емоційного реагування в нормативне русло. Тобто ще до появи явних ознак порушення емоційної рівноваги, але передбачаючи цілком реальну можливість такої події (ситуація небезпеки, ризику, підвищеної відповідальності тощо), людина за допомогою спеціальних прийомів самовпливу (самопереконавання, само наказу тощо) прагне запобігти їй настанню (**Г.С. Нікіфоров**, 1989).

Мовно-розумовий рівень регуляції відіграє визначальну роль у діях самоконтролю. **Г.С. Нікіфоров** оцінює *самоконтроль* як основний психологічний механізм, спрямований на своєчасне запобігання або виявлення вже зроблених людиною помилок у процесі виконання тієї чи іншої діяльності.

Самоконтроль, як найважливіша ланка в контурах самоуправління та саморегуляції, включає багаторівневу ієрархію контрольних механізмів, за допомогою яких людина здійснює контроль за:

- 1) перебігом окремих психічних процесів (сприймання, пам'ять, мислення, уява);
- 2) власним станом (емоційна сфера);
- 3) властивостями, які стали рисою характеру.

Знаючи риси характеру, можна пророкувати найбільш імовірні форми поведінки людини в різних життєвих ситуаціях. За тим, як

людина веде себе у взаєминах з іншими людьми, які вона робить учинки, як ставиться до своїх обов'язків у побуті й на роботі, ми судимо про ступінь сформованості у неї самоконтролю. Як властивість особистості самоконтроль органічно зв'язаний із цілою низкою рис характеру, проявляючись у них своєю слабкістю або явною силою. Наприклад, за такими рисами, як безвідповідальність, бездумність, недбалість, необачність, панікерство, нестабільність й ін., неважко побачити дефіцит самоконтролю. Навпаки, якщо ми характеризуємо людину як розважливу, охайну, витриману, надійну, порядну, цілеспрямовану, то за кожною з названих рис добре проглядається вміння контролювати свої дії і вчинки. Можна навіть виділити сукупність (симптомокомплекс) особливостей характеру, дуже близьких за своїм змістом. Об'єднуючою основою для них є самоконтроль. До них насамперед варто віднести обов'язок, відповідальність і дисциплінованість [15, 62–63].

Самоконтроль “включається” під впливом сильних переживань та сильних емоційних хвилювань, втоми, хвороби, що призводить до серйозних порушень саморегуляції соціальної поведінки.

Самоконтроль актуалізується в процесах моральної поведінки. Цей вид самоконтролю більше відомий як поняття совісті. Вона піддає ретельній перевірці все, що людина виконає або тільки ще має намір здійснити. У сучасному трактуванні совість виступає як своєрідний “внутрішній контролер” дотримання людиною суспільних ідеалів, принципів і моральних норм, що спонукають її критично ставитися до своєї поведінки. Сигнал неузгодженості між фактичним або ще передбачуваним учинком та еталоном (так званою відповідною нормою моралі) переживається людиною як почуття сорому, “каяття совісті”. Однак саме по собі каяття совісті зовсім не обов'язково змушує людину дотримуватися правил моралі. Людина може роками жити із хворою совістю, але так і не зважиться на те, щоб зняти із себе вантаж пережитої провини. Іноді людина поступається совісті, намагається зменшити почуття сорому шляхом самовиправдання (раціоналізації) своїх непорядних учинків. Нарешті, виразність деяких рис особистості (таких, наприклад, як конформізм, лицемірство, пристосовництво, боягузтво й ін.) виключає або, принаймні, зводить до мінімуму поведінку людини відповідно до совісті. Невизначеність чи відсутність адекватних соціальному оточенню механізмів морального самоконтролю тією чи іншою мірою порушує гармонійність особистості, сприяє її розладові. Деформація морального само-

контролю знімає бар'єри на шляху до соціально небезпечної, протиправної поведінки. Люди без правил і порядку, як помітив Кант, ненадійні. Нерозвиненість морального самоконтролю, звичайно, є причиною людських нещасть та хвороб [15, 64].

У психології вже давно відомі й описані особливості прояву емоційної сфери залежно від того, наскільки вона перебуває під контролем суб'єкта. Порушення або ослаблення здатності до самоконтролю спричиняє появу емоційних проблем у людини. Інтенсивний розвиток емоційного реагування (радість, страх, гнів та ін.) супроводжується зростанням дефіциту самоконтролю, аж до повної його втрати. Уже на власному досвіді ми переконуємося в тому, що люди розрізняються між собою за способом і силою вираження своїх емоцій, умінням здійснювати за ними контроль. Звичайно людину, в якій ослаблений емоційний самоконтроль, характеризують як збудливу, запальну, імпульсивну, неврівноважену, експансивну і т. д. Людина з легко збудливою емоційною сферою схильна до здійснення імпульсивних учинків, прийняття необдуманих рішень та недостатньо обґрунтованих суджень. Імпульсивні натури варто розглядати як протилежні людям урівноваженим і таким, котрі володіють собою. Таким чином, у поведінці одних людей емоційне реагування може бути виражене надмірно, в інших, навпаки, помітною рисою відносин із навколишнім світом є безпристрасність сприйняття і реакції на те, що відбувається зовні. Звичайно, це крайні полюси, між якими розподілені різноманітні відтінки взаємодії самоконтролю з емоціями [15, 64].

Самоконтроль є тією дуже важливою рисою характеру, що допомагає людині керувати самою собою, власною поведінкою, зберігати здатність до виконання діяльності в найбільш несприятливих умовах. Людина з розвинутим самоконтролем уміє за будь-яких, навіть надзвичайних, обставин підкорити свої емоції голосові розуму, не дозволити їм порушити організований лад її психічного життя. Основний зміст цієї властивості складає робота двох психологічних механізмів: самоконтролю і корекції (впливу) [15, 64].

За допомогою *самоконтролю* суб'єкт стежить за своїм емоційним станом, виявляючи можливі порушення (порівнянно з фоновим, звичайним станом) у характері їх протікання. Із цією метою він задає собі контрольні запитання, наприклад: чи не виглядаю я зараз схвильованим; чи не занадто жестикулюю; чи не говорю я надто тихо або, навпаки, голосно, занадто швидко, збиваючись і т. д.

Якщо самоконтроль фіксує факти неузгодженості, то цей результат є поштовхом до запуску *механізму корекції*, спрямованого на зменшення, стримування емоційного “вибуху”, на повернення емоційного реагування в нормальне русло. Людина, за допомогою спеціальних прийомів самовпливу (самопереконавання, самонавіювання тощо), прагне запобігти порушенню емоційної рівноваги. У цьому сенсі можна говорити про особливий тип поведінки людей, що проявляється у передбачливості, розсудливості, самоконтролі [15, 65].

Самоконтроль невід’ємним чином уключений у протікання *психічних процесів*. Він є однією з важливих умов адекватного відображення людиною свого внутрішнього світу і навколишньої дійсності. У книзі “Психологія здоров’я людини” автори Г. В. Ложкін, О. В. Носкова, І. В. Толкунова навели приклади взаємозв’язку самоконтролю і психічних процесів [15, 65–68].

Відчуття є початковою ланкою чуттєвого пізнання. Воно є суттю образу зовнішнього світу, яка відображає дійсність. Експериментально підтверджена наявність у процесах відчуття механізмів, за допомогою яких забезпечується відповідність між чуттєвими даними і зовнішнім світом. Зниження рівня тривоги в здоровій особистості може відбуватися за рахунок корекції тимчасової орієнтації з майбутнього на сьогодення. Життя в умовах “тут і тепер” приводить до гармонії особистості з навколишнім світом. Життя в сьогоденні дає змогу виховувати в собі адекватні уявлення про реальності соціальних мотивів і рушійних сил.

У ряді пізнавальних процесів *сприйняття* являє собою якісно нову ланку чуттєвого пізнання, що робить можливим, на відміну від відчуттів, відображення у свідомості людини не окремих властивостей подразника, але предмета в цілому, у сукупності його властивостей. Стосовно різних сенсорних модальностей *самоконтроль* включений у процес формування адекватного перцептивного образу. Встановлено, що в процесі зорового сприйняття беруть участь контролюючі рухи ока, за допомогою яких забезпечується можливість перевірити правильність формованого зорового образу стосовно предмета, що сприймається. Проявляється це в повторних поверненнях ока до вже оглянутих ділянок предмета. Формування адекватного образу предмета, який вивчається тактильно, теж відбувається в разі активно вираженого самоконтролю, що здійснюється завдяки взаємодії пальців.

Неодмінною умовою доцільної діяльності людини є її *пам’ять*. Організована робота пам’яті має місце за обов’язкової участі в ній

самоконтролю. За допомогою *самоконтролю* забезпечується правильність протікання таких мнемічних процесів, як запам'ятовування і пригадування.

Звичайна *увага* розкривається як спрямованість і зосередженість свідомості на визначеному об'єкті. Сучасні дослідження нейрофізіологічних механізмів уваги вказують на їхній тісний взаємозв'язок із самоконтролем. Іншими словами, є підстава говорити про те, що складна форма довільної уваги є в той же час і вищою формою *самоконтролю* людини, що проявляється в її можливості самостійно контролювати власну поведінку та свою діяльність.

Мислення займає істотне місце в структурі психологічного здоров'я людини й означає вміння переборювати бар'єри, перешкоди, справлятися зі стресами. Поки в людини все складається добре, мислити в позитивному плані нескладно. Однак, щоб і в критичні періоди не давати змоги негативним думкам брати верх над собою, необхідно постійно працювати, розвиваючи й удосконалюючи власну особистість.

Ще одне важливе поняття трапляється практично у всіх гуманістично орієнтованих школах психології – *це воля*. Воля, як пише представник гуманістичної психотерапії Е. Шостром (1992), – це не просто воля протистояння контролю з боку інших, але, скоріше, воля прояву себе, своєї унікальності. Специфіка волі полягає у свідомому подоланні людиною труднощів (перешкод) на шляху до поставленої мети, що вимагає з боку суб'єкта додаткових сил, підвищення власної активності для подолання перешкоди. Таким чином, воля, як психічний феномен, знаходить своє конкретне вираження за допомогою здійснення вольового зусилля. *Самоконтроль*, включений у протікання вольового зусилля, допомагає йому не уникати наміченого шляху, тим самим запобігає невиправданим енерговитратам, не пов'язаним із досягненням кінцевої мети. Насиченість вольового зусилля актами самоконтролю може, в основному, визначатися різними об'єктивними й суб'єктивними факторами. Оптимальним співвідношенням між ними є таке, за якого розподіл енерговитрат на їхню реалізацію вирішується все-таки на користь вольового зусилля. Надмірний самоконтроль невиправдано виснажує загальну енергетичну основу, знижуючи тим самим ефективність вольового зусилля. І, навпаки, чим раціональніше розподіляться акти самоконтролю, тим більше енергетичних можливостей вивільняється на прояв вольового зусилля, тим інтенсивнішим і розгорнутим у часі може воно стати.

“Зрілість” особистості також проявляється в її емоційній стійкості. Індикатором емоційно незрілої особистості є тривога. *Тривогу* розуміють як інтегральний прояв дезадаптації. *Тривога* – це психічний стан, що виникає в умовах невизначеності. У таких ситуаціях за дефіциту інформації за допомогою індивідуальних механізмів антиципації (передбачення) виникає генералізований страх незадоволення певної потреби. Інтенсивність тривоги залежить багато в чому від рівня особистісної визначеності “Я”. Людина в стані тривоги живе з незрозумілим відчуттям того, що з нею повинне відбутися щось небажане. Тривога зв’язана зі страхом, але й відрізняється від нього. *Страх* – це відповідь на близьку, реальну небезпеку, а *тривога* – це реакція людини на невизначену, приховану або уявлювану небезпеку. Виділяють п’ять *стандартних ситуацій*, у яких звичайно людина переживає тривогу:

1. Коли людині необхідно більше часу приділяти роботі аби досягнути певного статусу, або заняттям, щоб поліпшити свої оцінки, але в той же час їй хочеться також поспілкуватися з друзями, розважатися.

2. Коли поведінка суперечить моральним переконанням людини (вона робить те, що вважає неправильним).

3. Якщо людина перебуває в незвичайному оточенні та не знає, що від неї чекають навколишні.

4. Коли людина зустрічається з подіями, результат яких непередбачуваний і які вона не може контролювати.

5. Коли людина передчуває можливу втрату близької людини або втрату роботи, статусу чи майна.

В основі процесу спілкування, керування людини своєю поведінкою у суспільстві лежить **мовна діяльність**. Відповідно до концепції функціональних систем академіка П. К. Анохіна, мовному втіленню кожного слова, кожної фрази передують формування в мозку “контрольного апарату” (акцептор дії), що стежить за правильністю їхнього проголошення. У складну організацію мовної діяльності залучені різні види механізмів *самоконтролю*: слуховий, зоровий, кінестетичний та ін.

Принципова роль у **психомоториці людини** належить *самоконтролю*. Правильна координація руху здійснюється під контролем відповідних м’язових, тактильних і зорових вражень. Самоконтроль органічним чином убудовується в загальну позицію виконання рухової навички, ніби зливаючись в одне безперервне ціле з його змістом. При цьому процес реалізації рухової навички і включеного в

нього самоконтролю протікає неусвідомлено. У цьому випадку спроба додаткового, навмисного самоконтролю з метою переконатися, а чи все у здійсненні навички робиться як слід, тобто чи відбувається все своєю чергою і чи правильно при цьому виконується, може виявитися зайвою та просто шкідливою, оскільки за нею, як правило, випливає збій у роботі вже добре налагодженого механізму. Надмірна напруга, перевтома, стан емоційного стресу, монотонність у роботі призводять, як правило, до ослаблення самоконтролю.

Необхідно відзначити, що на характер функціонування *самоконтролю* впливають **індивідуальні особливості** людини, такі як тип нервової системи, екстраверсія або інтраверсія, спрямованість особистості (її мотиви), тривожність, відповідальність, дисциплінованість, самооцінка, впевненість або непевність у собі й ін.

Отже, самоконтроль є важливою рисою особистості, яка допомагає людині керувати собою, він активно включений у процес протікання психічних функцій і певною мірою залежить від характеристик особистості.

4.3. Механізми компенсації в забезпеченні психічного здоров'я

Інтерес до психологічних механізмів не новий. Але особливо помітно він виявлений у психологічній літературі останнього часу. Вивчення того або іншого психологічного механізму передбачає пошук відповідей на такі питання: склад й основна функція психологічного механізму, закономірності його генезису (умови формування, найбільш істотні фактори, що визначають його наступне функціонування), причини й характерні ознаки руйнування (старіння).

Поняття механізму компенсації, прийняте в психології, припускає заміну недорозвинених або порушених психічних функцій шляхом використання збережених або перебудови частково порушених функцій [15, 68]. Механізм компенсації відіграє одну з головних ролей у житті людини.

Звернувшись до психологічного словника А. В. Петровського та М. Г. Ярошевського, ми знайшли таке визначення **компенсації психічних функцій** – відновлення нерозвинутих чи порушених психічних функцій шляхом використання збережених чи перебудови

частково порушених функцій¹. При компенсації психічних функцій можливим є залучення до її реалізації нових нервових структур, які раніше не брали участі у здійсненні даних функцій. Ці структури функціонально об'єднуються на базі виконання спільного завдання. Відповідно до концепції П. К. Анохіна, вирішальним моментом у створенні нової функціональної системи під час компенсації психічних функцій є оцінка результатів, до яких приводять спроби організму (тварини чи людини) побороти дефект, що здійснюється завдяки наявності “зворотної аферентації”².

Існує два типи компенсації психічних функцій³:

1. Внутрішньосистемний, який здійснюється за рахунок залучення збережених нервових елементів тих структур, які постраждали.

2. Міжсистемний, який пов'язаний із перебудовою функційної системи і включення в роботу нових нервових елементів із інших нервових структур.

У людини спостерігаються два вищеперерахованих типи компенсації психічних функцій. Вони мають велике значення у випадках подолання вроджених чи рано виявлених дефектів розвитку. Так, наприклад, компенсація психічної функції зорового аналізатора у сліпонародженої дитини відбувається шляхом розвитку тактильних відчуттів (тобто за рахунок комплексної діяльності рухового і шкіряно-кінестетичного аналізаторів), що потребує спеціального навчання.

Загальна теорія компенсації в психології ще не склалася. Разом із тим емпіричний досвід дає змогу говорити про достатню розмаїтість проявів цього феномену в психічному житті людини. Наведемо приклади окремих психічних процесів та особистості в цілому як суб'єкта поведінки і професійної діяльності.

Типовий приклад *компенсації у сфері психічних процесів* стосується роботи пам'яті. Компенсація слабкої механічної пам'яті може бути здійснена за рахунок асоціативної, що в підсумку не призводить до порушення пам'яті в цілому. Слабкий розвиток або порушення пам'яті можна компенсувати шляхом записування або більш чіткою організацією виконуваної діяльності [15, 69]. Недостатній розподіл уваги можна компенсувати за рахунок її переключення. Певні дефек-

¹ Психология: Словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Политиздат, 1990. – 494 с.

² Там само.

³ Психология: Словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Политиздат, 1990. – 494 с.

ти зору можна частково компенсувати посиленням розвитку слуху. Інакше кажучи, природний недолік будь-якого органу може бути компенсований іншим, більш управним. Ефект компенсації виявляє себе і під час формування характеру, коли в разі ослаблення якоїсь однієї риси характеру, під час відшкодування цього недоліку розвивається інша. В різних випадках повсякденного життя і трудової діяльності людина використовує певні прийоми самозахисту власної особистості. Окремі механізми захисту носять досить виражений компенсаторний характер, наприклад: компенсація певних особистісних невдач або незадоволеності основною роботою за рахунок різноманітних захоплень у години дозвілля; звернення до світу фантазій, де людина вільна бачити себе в будь-якій важливій для неї ролі, втілення якої в реальному житті за певних причин є неможливим чи складним [15, 69].

Недостатня виразність якоїсь особистісної властивості може бути компенсована за рахунок інших властивостей: особам із високими показниками тривожності властивий підвищений самоконтроль, до якого вони звертаються з метою компенсації власної невпевненості в правильності прийнятих рішень.

Як указують Г. В. Ложкін, О. В. Носкова, І. В. Толкунова, ряд професій передбачає діяльність людини в екстремальних умовах. До них належить робота в умовах сенсорної ізоляції, тобто в соціально збідненому середовищі. Під впливом цього стресового за своєю природою фактора перебувають космонавти, моряки, учасники різних експедицій та ін. Необхідність довгий час працювати у відриві від дому, родини, в умовах різко обмеженого кола спілкування, інформаційної недостатності – усе це є загальною відмінною рисою, властивою тією чи іншою мірою згаданим професіям. Роль компенсації здобуває в них особливий зміст. Наприклад, ведення щоденника допомагає відшкодувати дефіцит спілкування й певною мірою компенсувати зв'язану з ним емоційну напругу. В умовах самотності людина використовує різні способи компенсації відсутності міжособистісних контактів. Прагнучи штучно відтворити порушене соціальне середовище, людина починає розмовляти вголос сама із собою, задаючи собі питання і відповідаючи на них, імітуючи тим самим ситуацію діалогу з уявлюваним співрозмовником, сперечається сама із собою, доводить щось сама собі тощо [15, 69–70].

Об'єкт та засіб **компенсації** можуть належати одній сфері, наприклад коли боксер самовіддано б'ється на рингу, хоча в

дитинстві був боязливою дитиною. Така компенсація називається **гомогенною**. Якщо ж вони не відповідають один одному, то говорять про **гетерогенну** компенсацію. Наприклад, переживаючи неповноцінність у фізичній активності через вивих тазостегнового суглоба, дитина прагне розвинути свої інтелектуальні здібності, домагається високої успішності у школі.

Компенсація може реалізуватися в позитивному й негативному стилях життя. За А. Адлером, ці розходження розрізняються за критерієм соціальної значимості. Позитивно оцінювані в суспільстві види діяльності відображають позитивний стиль життя. До негативного стилю життя відносять невротичну симптоматику, делінквентну поведінку, алкоголізм, наркоманію.

Отже, можемо зробити висновок, що **компенсація** (від лат. *compensatio* – урівноваження, зрівнювання) **є відшкодуванням певних недорозвинених функцій або здібностей шляхом використання інших функцій чи здібностей**. Так, учень, котрий не має достатньо високого рівня інтелекту для того, щоб добре вчитися, розвиває себе фізично і стає найсильнішим та найбільш спритним у класі.

Компенсацію людиною якого-небудь власного реального або уявного недоліку неадекватно перебільшеними способами називають **гіперкомпенсацією**. Наприклад, чоловік або жінка, які вважають себе непривабливими, можуть фліртувати і загравати з особами протилежної статі, щоб довести собі й іншим зворотне. Гіперкомпенсація породжує прагнення особистості до влади, переваги над іншими й відхилення від соціально ціннісних норм поведінки. При сильному вираженні почуттів неповноцінності, що характерно для невротиків, вони можуть ставити перед собою нездійсненні завдання. В невротика часто спостерігається значна розбіжність між свідомими й неусвідомлюваними цілями, унаслідок чого він ігнорує можливість реальних досягнень і надає перевагу фантазіям на тему власної значимості та вищевартості над іншими. Завдання психолога в цьому випадку – допомогти людині усвідомити неадекватність її мотивів і цілей із метою компенсації неповноцінності в реальних творчих діях.

4.4. Психогігієна і збереження здоров'я людини

Психогігієна виникла у зв'язку з необхідністю боротьби з поширенням захворювань, що мають психогенне походження. Кількість таких патологічних змін особливо зросла під час першої світової війни і в наступні роки, що стало причиною обговорення цього питання на двох спеціальних Міжнародних конференціях - у Вашингтоні (1930 р.) та в Парижі (1937 р.). Після другої світової війни в Лондоні (1948 р.) відбувся перший Міжнародний конгрес, який ухвалив організувати Всесвітню федерацію із психічного здоров'я (Двжона, 77).

Психогігієна як прикладна наукова дисципліна розробляє заходи, правила та прийоми оздоровлення психіки. На практиці — це реалізація оздоровчих заходів, створення умов для оптимального збереження психічного здоров'я як окремої людини, так і груп людей, розробка рекомендацій щодо зміцнення здоров'я, підвищення психологічної стійкості. Психогігієнічна практика здійснюється як професіоналами, так і непрофесіоналами.

Науковою основою психогігієни є вчення про вищу нервову діяльність, розроблену відомими вченими-фізіологами **І. М. Сеченовим, І. П. Павловим, П. М. Бехтеревим, А. А. Ухтомським, П. К. Анохіним**.

Протягом другої половини ХХ століття проблеми психогігієни розглядались у працях **Беляєва, Я.Н. Воробейника, К. Гехта, С.М. Громбаха, А.Б. Добровича, Є.А. Покпітара, Н.Сарторіуса, Г.М. Сердюковської, В. Франкла** та багатьох інших дослідників.

Особливого значення набуває психогігієна в дитячому віці, бо саме в цей період закладаються основи психічного здоров'я. Стан психічного здоров'я дітей - об'єкт уважного спостереження ВООЗ. Комітет експертів ВООЗ констатував, що порушення психічного здоров'я серед дітей є досить поширеним явищем. Це вимагає особливої уваги суспільства до проблем психогігієни і формує ряд нових завдань, які враховують багатофакторність впливу на психічне здоров'я людини.

Психогігієнічні заходи реалізуються не лише психологами та лікарями, й педагогами, вихователями, соціальними працівниками.

Основні завдання психогігієни

1. Створення сприятливих умов для формування гармонійно розвинутої особистості.

2. Формування навичок оздоровчої поведінки, спрямованої на збереження психічного здоров'я.

3. Розробка психопрофілактичних заходів, спрямованих на попередження нервово-психічних порушень.

4. Моніторинг психічного здоров'я населення.

5. Розробка та впровадження заходів з оптимізації розумової праці та забезпечення активного творчого довголіття. Відповідно до завдань *предметом психогігієни є:*

— дослідження й систематизація критеріїв психічного здоров'я;

— наукове обґрунтування та запровадження психопрофілактичних і реабілітаційно-корекційних заходів з метою збереження психічного здоров'я різних прошарків населення.

Сікорський одним із перших у світовій науці визначив нервово-психічну гігієну як галузь пізнання і практичної діяльності суспільства щодо забезпечення морального, розумового і фізичного здоров'я населення, попередження його психофізичного занепаду і виродження, обґрунтував основні завдання, які мають здійснюватись у цьому напрямку.

На рубежі XIX і XX століть професор Харківського університету **І.П. Скворцов** зробив спробу уточнити й науково обґрунтувати галузі гігієнічного знання, зокрема і таку галузь, як гігієна виховання й освіти. Відповідно до визначених ним двох цілей, з'ясування природних умов здорового існування становить предмет гіпологиї як загальної науки про здоров'я, а з'ясування значення для життя і здоров'я зовнішнього побуту і штучного клімату є предметом загальної гігієни. «Але, крім цього, - зазначав **І.П. Скворцов**, - в тій же загальній гігієні з точки зору гіпологиї оцінюється і внутрішній побут істот, у нашому випадку людей, той побут, який виражається у відповідній, діяльній стороні життя в зв'язку з тим або іншим розпорядком останньої, тобто з чергуванням роботи й відпочинку.

Як зазначає **Л.П. Рохлін**, «психогігієна досить широко утверджується як самостійний предмет у вищій медичній школі. Якщо вперше викладання її було введене у 1915 році в університеті Говарда США, то за довідкою, одержаною нами нещодавно через **А. Майєра**, - в 1930-31 рр., за даними Американського національного комітету психогігієни, викладання психогігієни було поставлене в 303 коледжах, в програмах яких було 932 навчальні курси, що мали відношення до психічної гігієни. В педагогічних навчальних закладах, за даними **Бенсона**, психогігієна як самостійний курс, що проводиться регулярно, введена у 52 педагогічних закладах. Вкажемо на підручники з психогігієни, які нещодавно вийшли у

Франції — Поте, в Австрії -Странський, в Америці - великий підручник Бланхард і Говерста та ін.»

У 1925 році гессенський психіатр **Р. Зомер** засновує Німецьку спілку психічної гігієни. Найголовніші її зусилля спрямовувались на здійснення реформи в утриманні психіатричних лікарень. Передбачалося створення психіатричного соціального забезпечення населення, в тому числі пацієнтів, виписаних після закінчення курсу лікування із психіатричних закладів. Спілка психічної гігієни прагнула просвітництвом і переконанням подолати забобонні уявлення населення про розлади психічного здоров'я, змінити ставлення суспільства до тих, хто лікувався у психіатричних закладах.

Перший і Другий Міжнародні конгреси з питань психогігієни відбулись відповідно у 1930 році у Вашингтоні і в 1937 році в Парижі, але вчені з тодішнього СРСР і тим більше з України участі в них взяти не змогли.

За період діяльності Ліги Націй з 1920 по 1945 рік цією міжнародною організацією було прийнято чотири документи з проблем психічного здоров'я, але вони були присвячені окремим, другорядним питанням.

Психогігієністи, які у 1946 році на засіданнях підготовчого комітету Міжнародної конференції з охорони здоров'я готували Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), відзначили, що ними достовірно встановлений зв'язок між збільшенням кількості випадків психічних захворювань і великою економічною депресією 30-х років. Проте питання взаємозв'язку психічної захворюваності з іншими значущими для ХХ століття подіями в тодішньому СРСР (створення умов для штучного голоду серед сільського населення України, масове знищення людей тощо) через відсутність достовірних даних проаналізовані не були. Однак важливо, що як одне з найголовніших було висунуто питання про психічне здоров'я людини. Цього ж, 1946 року, Міжнародна конференція з охорони здоров'я прийняла Статут ВООЗ, в якому стаття 2 передбачає «заохочення діяльності в галузі психогігієни, особливо такої, що сприяє гармонізації людських взаємин».

Велике значення мав III Міжнародний конгрес із питань психогігієни, який відбувся у 1948 році в Лондоні. На якому була заснована Всесвітня федерація психічного здоров'я, а також виданий її програмовий документ під назвою «Психічне здоров'я і громадяни світу». Програма федерації засудила війну і масове знищення людей,

підтвердила важливість соціальних аспектів психогігієни. Найважливішим психогігієнічним фактором була визнана ідея миру.

Всесвітня асамблея охорони здоров'я, що зібралась у 1949 році, розглянула черговість завдань, які постали перед ВООЗ у післявоєнний період. Зокрема, боротьба з малярією та іншими епідемічними хворобами, розв'язання організаційних проблем суспільної охорони здоров'я. Як найголовнішій проблемі п'яте місце було надано психогігієні. За підсумками діяльності асамблеї був створений відділ психогігієни і комітет експертів, який об'єднав для періодичних скликань 100 експертів із 38 країн світу. Завданням органів ВООЗ у галузі психогігієни було створення програми і встановлення основних принципів роботи.

Комітет експертів визначив такі три основні принципи роботи ВООЗ з галузі охорони психічного здоров'я в міжнародному масштабі:

Перший принцип - створення при кожному національному міністерстві охорони здоров'я секції психогігієни з метою координації всієї роботи щодо попередження нервово-психічних захворювань усередині країни і обміну досвідом з іншими країнами.

Другий принцип - звернення особливої уваги на роботу серед дітей, оскільки в дитячому віці профілактичні заходи найбільш ефективні.

Третій принцип - об'єднання роботи з психогігієни з усіма іншими видами діяльності ВООЗ, такими як служба охорони здоров'я матері і дитини, а також з роботою спеціалізованих і неспеціалізованих закладів Організації Об'єднаних Націй.

У наслідок прийняття програми й визначення принципів роботи в галузі психогігієни, більшість країн світу реалізували власні підходи до розв'язання порушеної проблеми. Так, у США з цією метою створено Національний Комітет психогігієни для проведення науково-дослідної роботи. З 1963 року почалося створення центрів суспільного психічного здоров'я. Ліга психогігієни почала діяти у Франції, а у Великобританії створено Національну раду психогігієни.

За домовленістю між Всесвітньою організацією охорони здоров'я і Всесвітньою федерацією психічного здоров'я 1960 рік було проголошено Всесвітнім роком психічного здоров'я. Доповнення, внесені Всесвітньою федерацією психічного здоров'я у свою першу програму в 1961 році, поставили завдання досягти якомога вищого

рівня психічного здоров'я населення в найширшому педагогічному, медичному, соціальному і біологічному плані. Цим самим програма вийшла далеко за межі психіатрії і врахувала необхідні для її здійснення засобами освіти та виховання педагогічні аспекти.

Семінар «Психогігієна і сім'я» був скликаний у 1962 році в Афінах Європейським регіональним бюро ВООЗ. На семінарі зазначалося, що вивчення психічних розладів розпочалось як вивчення окремих особистостей і тільки поступово перетворилось на вивчення окремих особистостей в їх соціальному

оточенні. В результаті такого підходу стало ще більш очевидним, що добре і погане психічне здоров'я кожного члена родини нерозривно пов'язане з психічним станом інших її членів - всі члени родини так чи інакше впливають один на одного. Тому поняття психогігієни сім'ї передбачає вивчення складних взаємовпливів усіх членів сім'ї в минулому і в теперішньому.

На семінарі були розглянуті доповіді за результатами досліджень ролі матері в сучасному суспільстві, організації охорони материнства в Данії, створення замість «Служби охорони материнства» - «Служби охорони сім'ї» з тим, щоб уникнути опору з боку членів сім'ї чоловічої статі. Обговорені питання, що стосуються переваг і недоліків, пов'язаних із роботою жінки поза домом, працюючої жінки як проблеми психогігієни, родинних форм психотерапії, розвитку шкіл для батьків і вихователів, діяльності Гемпстедської дитячої клініки А. Фройд у Великобританії.

Девізом щорічного конгресу Всесвітньої федерації психічного здоров'я у 1964 році в Берні була проблема «Індустріалізація і психічне здоров'я». На цьому конгресі дослідником **Сові** (Франція) була розкрита індивідуальна і колективна відчуженість людей у великих індустріальних центрах, яка є наслідком відірваності від рідних місць великих груп населення, раніше об'єднаних етнічними традиціями, звичаями, родинними узами.

Новара і Аромандо (Італія), що провели дослідження на заводах **Оліветті**, прийшли до висновку, що психічному здоров'ю тут сприяє організація трудового життя і своєчасне лікування психічних захворювань за допомогою «соціальної служби». **Вікерс** (Великобританія) підкреслив, що сучасне виробництво залишає надто мало місця для самостійності й не дає повного творчого задоволення, що негативно позначається на стані психічного здоров'я.

На конгресі підкреслювалася значущість для психічного здоров'я «поля соціальної напруженості», що виникає і діє між роботодавцями і людьми, які працюють за наймом. У цій ситуації лікарі і психологи, що працюють на підприємствах, постійно потрапляють у становище, з якого важко знайти правильний вихід.

XIX щорічний конгрес Всесвітньої федерації психічного здоров'я, який відбувся у 1966 році в Празі, засвідчив, що більшість країн докладають зусиль для розвитку психогігієни. Особливу увагу привернула активність африканських країн, зокрема Нігерії, представник якої **Самуель Мапова** став президентом конгресу. Згідно з висновком конгресу, зусилля психогігієністів спрямовані на попередження психічних захворювань і значно меншою мірою пов'язані з тенденцією до зміцнення психічного здоров'я.

Отже, рух психогігієністів у різних країнах світу мав просвітницький характер. Його зміст визначали специфічні умови життя кожного суспільства, але спільною їх рисою було відновлення втраченої, пригніченої або неусвідомлюваної раніше повноти психічного життя, власної самоповаги і самоцінності.

Організації психогігієнічного руху допомогло створення після другої світової війни впливових міжнародних наукових організацій - ВООЗ, ВФПЗ, що сприяли наданню йому правового статусу в більшості країн світу і, як наслідок, набуттю їх органами влади значної частини громадських функцій щодо охорони і збереження психічного здоров'я населення.

Збереження і підтримка на належному рівні здоров'я людини взагалі й психічного зокрема припускає облік та дотримання вимог і правил психогігієни. Поняття “психічна гігієна” виникло в XIX столітті у зв'язку з посталою необхідністю боротьби з поширенням захворювань, що мають психогенну природу.

Із позиції проблем сьогодення дня ***психогігієна*** – це складова частина гігієни і розділ медичної психології, що вивчає вплив різних факторів та умов на психічний розвиток і психічний стан людини й розробляє рекомендації зі збереження і зміцнення психічного здоров'я [15, 71].

Психогігієна синтезує знання з різних областей і дисциплін та перебуває на стику медицини, фізіології, психології, педагогіки і

філософії. Психогігієна тісно пов'язана з медико-біологічними науками й особливо із психопрофілактикою.

Психогігієну варто розглядати не тільки як галузь наукових знань, але також як комплекс практичних заходів, спрямованих на збереження і зміцнення нервово-психічного здоров'я та профілактику нервово-психічних розладів [15, 72].

Основними завданнями психогігієни є:

- охорона психічного здоров'я;
- формування всебічно розвинутої особистості на основі залучення до здорового способу життя;
- створення умов для підвищення ефективності розумової праці і творчої активності людей [15, 72].

Принципи психогігієни та заходи, проведені в цій сфері, мають першорядне значення як для профілактики нервово-психічних розладів і порушень, так і для профілактики психосоматичних захворювань.

Окремі психогігієнічні прийоми можуть використовуватися в найбільш широкому спектрі дії – для оптимізації психоемоційних станів, поліпшення настрою, підвищення розумової працездатності, подолання шкідливих звичок та ін.

Як самостійні розділи психогігієни, без детального аналізу їхнього змісту і конкретних психогігієнічних прийомів, можна виділити такі:

- **особистісна психогігієна** – розділ психогігієни, що вивчає механізми емоційної (психічної) саморегуляції і розробляє шляхи їхнього функціонування з метою зміцнення психічного здоров'я, попередження нервово-психічних порушень та підвищення працездатності. Особистісна психогігієна використовує прийоми і методи індивідуальної психопрофілактики – АТ, психогімнастику особи, способи самодопомоги й ін., застосовувані для попередження негативних наслідків психотравмуючих факторів;

- **психогігієна праці** – розділ психогігієни, який вивчає вплив виробничих процесів та умов праці на психоемоційну сферу працівників розумової і фізичної праці, що розробляє заходи щодо збереження та зміцнення їхнього психічного здоров'я, підвищення працездатності й творчої активності;

- **психогігієна колективного життя** (спілкування) – розділ психогігієни, що вивчає шляхи оптимізації міжособистісних відносин, запобігання конфліктам на роботі й у будинку – у трудовому, навчальному, спортивному, сімейному й інших колективах із метою створення позитивного психологічного клімату;

– **психогігієна відпочинку** – розділ психогігієни, що вивчає шляхи прискорення процесу відновлення розумової працездатності, психічних функцій і зміцнення нервово-психічного здоров'я у вільний від роботи час, професійної діяльності як у період регламентованих перерв, так і після роботи. У системі психогігієнічних заходів щодо підтримки високої працездатності й попередження перевтоми велике значення має впровадження науково-обґрунтованих режимів праці та відпочинку – розпорядку трудової діяльності, за якого висока продуктивність праці поєднується зі стійкою працездатністю, а також правильно організованим дозвіллям;

– **психогігієна побуту** – розділ психогігієни, що вивчає вплив факторів побуту (побутові конфлікти, шкідливі звички, дисгармонія міжособистісних відносин) на психіку людини й розробляє міри щодо їхньої оптимізації з метою збереження і зміцнення нервово-психічного здоров'я [7].

Під час проведення психогігієнічних заходів щодо організації праці, спілкування, дозвілля, побуту виникає необхідність обліку вікових особливостей людини та деяких специфічних умов її професійної діяльності. У зв'язку з цим у теорії й практиці психогігієни останнім часом виділилися розділи вікової і спеціальної психогігієни [15, 72–73].

Вікова психогігієна розробляє заходи для збереження і зміцнення психічного здоров'я людей з урахуванням психофізіологічних особливостей, властивих різним віковим групам (дітям, підліткам, особам зрілого віку, літнього і старечого віків) [15, 73].

У зв'язку зі специфічними особливостями професійної діяльності визначених груп людей необхідне виділення в рамках психогігієни особливого розділу **спеціальної психогігієни**, що вивчає і розробляє заходи, спрямовані на збереження та зміцнення психічного здоров'я осіб, котрі постійно піддаються підвищеній фізичній і психоемоційній напругам та навантаженням – в умовах довгих морських рейсів (морська психогігієна), в умовах воєнних дій (військова психогігієна), в умовах космосу, дії радіації (космічна і радіаційна психогігієни), в умовах спортивної діяльності (психогігієна спорту) та ін. [15, 74].

Не аналізуючи глибоко змісту цих розділів психогігієни і конкретних психологічних заходів, можна відзначити, що в них широко використовуються методи та прийоми індивідуальної і групової пси-

хопрофілактики, а також різні методи психорегуляції для попередження негативних змін у психіці й запобігання дії психотравмуючих факторів [9].

Психогігієна складається з таких розділів:

- вікова психогігієна;
- педагогічна психогігієна;
- психогігієна праці й побуту;
- психогігієна сім'ї і сексуального життя;
- психогігієна спорту;
- психогігієна колективного життя.
- психогігієна професійної діяльності медичного працівника.

Невід'ємною складовою частиною психогігієни є **психопрофілактика** – комплекс практичних заходів, спрямованих на запобігання негативним змінам психічної діяльності, психічним розладам і захворюванням, що негативно впливають на фізичну і психічну працездатність людини.

Головне завдання психопрофілактики – попередження різних порушень психічної діяльності, головним чином, невротичної, викликані дією побічних факторів на психіку людини [15, 74].

Психопрофілактику розділяють на первинну і вторинну.

Первинна психопрофілактика включає боротьбу з травмами й інфекціями, алкоголізмом і наркоманією; залучення до занять фізичною культурою та спортом, правильну організацію виховного й педагогічного процесів, охорону здоров'я дітей і припускає створення необхідних умов для охорони здоров'я різних груп населення. Основна роль тут належить проведенню широкого кола соціальних заходів, психогігієнічної і психопрофілактичної роботи.

Вторинна психопрофілактика являє собою систему заходів, спрямованих на ранню діагностику психічних захворювань і розладів, своєчасне й активне запобігання негативним змінам у психіці людини.

Істотним є розуміння того, що дотримання психогігієнічного режиму – це надійний засіб профілактики, а профілактика, як указує К. Гехт (1979), краще, ніж лікування. Ця думка нині стала однією з головних ідей охорони здоров'я [15, 74].

Особливе значення у зв'язку з психопрофілактикою має проведення **реабілітаційних заходів**. **Реабілітація** – це комплекс медичних, педагогічних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму, а також соціальних

функцій і працездатності хворих та людей з обмеженими фізичними і психічними можливостями¹. У системі *реабілітаційних заходів*, поряд із подальшим удосконаленням клінічних та клініко-біологічних досліджень, усе більшого значення набувають соціологічні й психологічні дослідження особистості хворого й умов його життя. На підставі цих досліджень дають рекомендації щодо організації способу життя хворого з метою усунення психотравмуючих факторів, які сприяють поверненню хвороби. Вивчення особистості хворого також дає змогу намітити і здійснити роботу щодо компенсації здібностей особистості, втрачених нею під час хвороби².

У практику *реабілітації* хворих входить спостереження за соціальною і професійною адаптацією їх у реальних умовах життя. У процесі спостереження виявляють рецидиви захворювання, захищають права та інтереси хворих, проводять реабілітаційну роботу з хворими, їхніми родичами, друзями. Але найголовнішою ланкою системи реабілітації є організація такої діяльності хворих, яка б забезпечувала розвиток їх особистості й компенсацію утрачених у процесі хвороби здібностей.

На сьогодні, як указують Л. Беш, Л. Бобрик, Л. Животовська, Г. Католик, І. Корнієнко [8, 185; 10], необхідно реалізовувати профілактику психосоматичної патології серед дітей, а саме:

- виявляти дітей групи ризику;
- надавати професійну допомогу дітям із порушенням поведінки й реакціями дезадаптації;
- працювати з дітьми, у яких соматична симптоматика не має органічної етіології;
- проводити вчасне лікування соматичних та інфекційних захворювань;
- виявляти дітей, які перенесли травми, були учасниками катастрофи й інших психотравмуючих ситуацій.

Надзвичайно важливою сьогодні, як указують автори, є просвітницька робота з проблем здоров'я серед дітей та підлітків, їхніх батьків, учителів, вихователів.

Отже, перед педіатрами, сімейними лікарями, психотерапевтами, психологами постає завдання збереження здоров'я

¹ Вітенко І. С. Психологічні основи підготовки медичних кадрів.— Х.: Основа, 1995.— С. 193–194.

² Вітенко І. С. Психологічні основи підготовки медичних кадрів.— Х.: Основа, 1995.— С. 194.

дітей та підлітків шляхом об'єднання зусиль та співпраці всіх учасників лікувального процесу.

Питання для самоконтролю

1. Роль самоконтролю в психологічному забезпеченні здоров'я.
2. Психічні процеси й самоконтроль.
3. Механізм компенсації в забезпеченні надійності людини.
4. Саморегуляція стану та поведінки у забезпеченні здоров'я.
5. Життєва стійкість і психічне здоров'я.
6. Психогігієна й збереження здоров'я людини.

Тема практичного заняття

Психогігієна сім'ї і збереження здоров'я людини

Література

1. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни.— М.: Мысль, 1991.— 229 с.
2. Алексеев А. В. Как себя преодолеть.— М.: Б. и., 1978.— С. 128.
3. Ананьев В. Г. Человек как предмет познания.— СПб.: Питер, 2001.— 288 с.
4. Балл Г. А. Психологическое содержание личностной свободы: сущность и составляющие // Психол. журн.— 1997.— Т. 18.— № 5.— С. 7–18.
5. Бахтин М. М. К философии поступка // Философия и социология науки и техники: Ежегодник 1984–1985.— М.: Наука, 1986.— С. 80–160.
6. Боришевский М. И. Развитие саморегуляции поведения школьников: Дисс... д-ра психол. наук: 19.00.07.— К., 1992.— 77 с.
7. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Уч. пособ. для студ. высш. уч. заведений.— М.: Изд. центр „Академия”, 2001.— 352 с.
8. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія і практика.— Л.: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006.— 338 с.
9. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья.— СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 1999.— 1021 с.
10. Данилова Е. Е. Жизненная стойкость и психическое здоровье // Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И. В. Дубровиной.— 2-е изд.— Екатеринбург: Деловая кн., 2000.— С. 115–128.

11. Євтимов В. Йога.– М.: Б. и., 1986.– С. 22.
12. Жизнь как творчество / Отв. ред. Л. В. Сохань.– К.: Наук. думка, 1985.– 302 с.
13. Коржова В. Ю. Психологическое познание судьбы человека.– СПб.: Изд-во РГПУ “Союз”, 2002.– С. 5–154.
14. Леонтьев Д. А. Жизнетворчество как практика расширения мира // I Всероссийская науч.-практ. конф. по экзистенциальной психологии: материалы сообщений.– М.: Смысл, 2001.– С. 100–109.
15. Психология здоровья человека / Г. В. Ложкин, О. В. Носкова, И. В. Толкунова / Под ред. В. И. Носкова.– Севастополь: Вебер, 2003.– 257 с.
16. Психология здоровья: Учеб. для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова.– СПб.: Питер, 2003.– 607 с.
17. Психология здоровья / Г. С. Никифоров, В. А. Ананьев, И. Н. Гуревич и др. / Под ред. Е. С. Никифорова.– СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2000.– 504 с.
18. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоров'я: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко.– М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2001.– 604 с.
19. Рубинштейн С. Л. Человек и мир // Проблемы общей психологии.– М.: Наука, 1973.– С. 255–386.
20. Соколова Е. Т. Расщепление образа телесного Я в структуре пограничной личности у лиц с пищевыми аддикциями // Клиническая психология / Сост. и общая редакция М. В. Тарабриной.– СПб.: Питер, 2000.– 352 с.
21. Франкл В. Человек в поисках смысла: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Л. Я. Гофмана и Д. А. Леонтьева.– М.: Прогресс, 1990.– 368 с.
22. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ.– М.: Изд. группа “Прогресс” – “Универс”, 1993.– 480 с.
23. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности.– СПб.: Питер, 1999.– 608 с.
24. Юнг К. Г. Психологические типы.– СПб.: Ювента, 1995.– 252 с.
25. Юдин Б. Г. Здоровье: факт, норма и ценность // Мир психологии.– 2000.– № 1 (21).– С. 54–68.

Розділ 5. ПСИХОЛОГІЧНИЙ ЗАХИСТ ОСОБИСТОСТІ

5.1. Усвідомлення себе і свого місця у світі

Модель світу як уявлення про світ і себе в ньому складає центральну частину психічного життя людини. Цю модель людина формує всім своїм життям, досвідом. При цьому досвід залежить від історичного періоду.

Уявлення про моделі світу дає змогу зрозуміти, чому і як виходить, що люди, які об'єктивно живуть в одному світі, діють так, начебто живуть у зовсім відмінних умовах. Дуже часто це пояснюється тим, що психіка конкретного суб'єкта бере із загального континууму свою частину, утворюючи при цьому свій суб'єктивний світ. Різні моделі світу й направляють учинки, тобто вчинки спрямовуються не стільки об'єктивними обставинами, скільки суб'єктивним уявленням про них. Це суб'єктивне уявлення враховує ціннісний аспект. **Відчуття** дає змогу говорити про наявність навколишнього світу та ставлення до світу, **почуття** ж – про те, яка цінність довкілля для конкретної людини [7, 48]. Модель світу виступає як цілісна система очікувань, де беруть свій початок усі висунуті людиною гіпотези, допомагаючи їй тим самим угадати події і бути готовою до них.

Можливість взаєморозуміння людей визначається мірою спільності (або близькості) світів. Люди здатні обмінюватись інформацією, тільки якщо їхнє переживання світу є подібним, інакше їхня комунікація виявляється беззмисловою, що складається з абстрактних форм, не доступних ідентифікації. Навіть “Я-образ” залежить від оцінок інших людей, оскільки він детермінований розуміннями кар'єри, гарантіями життєвих успіхів у конкретних умовах [7, 48]. Далекі від нашого особистого світу звичайно не тільки незрозумілі, але часто взагалі не помічаються або заперечуються як такі. Людина здатна “правильно” сприймати й, отже, бачити, тільки щось, організоване за законами свого внутрішнього світу [7, 49].

Зі сказаного очевидно, що факти відбираються й упорядковуються людиною відповідно до деяких особистих цінностей. Оскільки для людини факт – це інтерпретація події, а остання залежить від рівня зацікавленості, то стає зрозумілим, що міра можливої об'єктивності сприйняття визначається системою цінностей людини (саме цінності впорядковують дійсність, вносять у неї ціннісно осмислені моменти. Звідси – фундаментальна відмінність суб'єктивного підходу від наукового, що відбиває максимально досяжний людьми рівень об'єктивності підходу до дійсності). Факти

співвідносяться не з істиною, а з особистими уявленнями про ідеал, наявними бажаннями й соціальними нормами [7, 49].

Отже, можемо зробити висновок, що людина живе у своєму світі, відкидаючи небажану інформацію. Психологічні захисти дають змогу позбавитися й знешкодити те, що стало причиною травми. Різні форми захисту полегшують включення в модель світу нових ситуацій, нових критеріїв і цінностей.

Відчуття повноти життя виникає в людини, коли вона самореалізується, тобто втілює свої ідеали, використовуючи талант і здібності. Надлишкова інертність системи цінностей проявляється як відсталість, як психічне затвердіння переконань. Це проявляється в тому, що людина занадто багато чого вважає для себе неможливим, відгороджуючи себе тим самим від дійсності, що змінюється. З іншого боку, занадто рухлива, хитка система цінностей знецінюється [7, 49].

Сукупність реалізованих норм і цінностей визначає для людини так званий припустимий світ, на якому вона фокусує свою увагу і формує нове оцінювання. Засвоєння соціальних норм у процесі виховання приводить до того, що поведінка людини автоматизується і, тим самим, заощаджуються її інтелектуальні ресурси. Із цієї причини добре вихована порядна людина не повинна щораз усвідомлено приймати рішення про те, як поводити себе в тій чи іншій ситуації. Розмаїтість поведінки людей відображає різноманіття світів, що допускаються ними [7, 49].

Важливою частиною моделі світу є модель “Я”. Уявлення про себе, ставлення до себе зіставляється з тим, як ми себе бачимо (“Я-образ”) і як себе розуміємо (“Я-концепція”). Якщо “Я-образ” більшою мірою відображає емоційні уявлення про себе, то “Я-концепція” значною мірою містить у собі результати аналізу й прогнози, тобто те, як людина усвідомлено оцінює свої дії та можливості і їхній розвиток у майбутньому. Якщо в людини немає цілісного образу світу, вона не може побачити себе збоку. У цьому сенсі картина світу може відігравати роль системи орієнтації. Вона дає змогу побачити своє місце в навколишньому світі й на цій підставі передбачити наслідки своїх запланованих учинків. “Я-образ” – та частина моделі світу, що емоційно насичена і тому значною мірою формується підсвідомо. Він характеризується певною гармонійністю та стійкістю (інерційністю). Стійкість – це якість особистості, яку найбільше обєрігають. При загрозі її порушення автоматично включаються захисні механізми. До певного моменту образ протистоїть ударам долі, а потім раптово ламається, заподіюючи страждання його власникові [7, 50].

Таким чином, цілісна модель світу складається з двох частин:

Перша формується за рахунок зміни мотиваційних відносин у період виховання – шляхом наслідування, імітації та моделювання. Вона визначає життєвідчуття й переживання подій. У ній накопичуються критерії у формі цілісного ідеалу для наслідування. Такий синтетичний ідеал визначає світогляд як певний тип життєвідчуття та переживання світу.

Друга одержує інформацію через спрямоване, усвідомлене навчання, що включає в себе соціальні норми, правила й обґрунтування, і на цьому шляху організовує свою ієрархію цінностей. Вона відрізняється фрагментарністю уявлень про світ, що підтримується самою структурою нашої мови. Організовуючи послідовність за допомогою мови, свідомість перетворює світ із переживання в опис. Унаслідок цього світ опредмечується [7, 50].

Психічне здоров'я людини пов'язане з усвідомленням себе і свого місця у світі, що, у свою чергу, залежить від задоволення потреб особистості. А. Маслоу [5] виділив такі фундаментальні потреби: потреба в безпеці й стабільності, потреба в любові, потреба у визнанні, потреба в пізнанні й потреба в розумінні, естетичні потреби, експресивні потреби – потреба в емоційному та моторному самовираженні, потреба в самоактуалізації.

Потреби вищих рівнів називають потребами росту. Кожна людина має потреби росту, тобто потреби розвивати свої задатки й здібності, вони лежать в основі метамотивації. Мотивація такого рівня властива “самоактуалізованим” людям, тим, у яких задоволені потреби більш низького рівня.

Виділяють таку поведінку, яка веде до самоактуалізації [5]:

По-перше, самоактуалізація означає повне, живе співпереживання. Ключем до цього є безкорисливість.

По-друге, життя – процес постійного вибору. У кожен момент є вибір: рух уперед або відступ. Самоактуалізація – це безперервний процес, вона означає постійний вибір: казати неправду або залишатися чесним, говорити чи мовчати.

По-третє, “самоактуалізація” має на увазі наявність “Я”. Однак найчастіше людина прислухається не до самої себе, а до голосу матері, батька, до голосу вищестоящих осіб й перебуває під владою традиції.

По-четверте, людина відповідальна за свої вчинки, не слід захищатися фразою: “Я сумніваюся”. Звертатися до самої себе, вимагаючи відповіді, – це значить узяти на себе відповідальність. Це – величезний крок до самоактуалізації.

По-п'яте, усі попередні кроки до самоактуалізації забезпечують кращий життєвий вибір. Людина не може зробити життєвий вибір, якщо вона не прислухається до себе, до власного "Я" протягом свого життя. Для того, щоб висловити думку, людина мусить бути незалежною, вона не повинна бути конформістом.

По-шосте, самоактуалізація – це не стільки кінцевий стан, скільки процес актуалізації своїх можливостей, наприклад, розвиток розумових здібностей за допомогою інтелектуальних занять. Тут самоактуалізація означає реалізацію потенційних здібностей. Самоактуалізація – це не обов'язково здійснення чогось надзвичайного; це може бути просто реалізація своїх намірів, а не відкладання їх на невизначений час.

По-сьоме, момент самоактуалізації – це вищі переживання, що повинні бути підготовлені всім попереднім життям. Практично кожний переживає їх, але не кожен знає про це.

По-восьме, знайти самого себе, розкрити, що ти собою являєш, що для тебе добре, а що погано, яка мета твого життя. Для цього потрібно виявити свої захисні механізми і знайти в собі сміливість перебороти їх. Це болісно, оскільки захисти спрямовані проти чогось неприємного. Але відмова від захисту варта того.

На думку А. Маслоу, прагнення до більш високих цілей указує на психічне здоров'я. Самоактуалізація має на увазі тривалу, постійну залученість у процес росту і розвиток здібностей до максимально можливого. План, сукупність сценаріїв реалізації цього плану, ролі для себе й інших діючих осіб у цих сценаріях – усе це елементи самореалізації в рамках моделі світу та уявлень про себе і свої можливості. Тут роль розглядається як програма поведінки, як набір учинків, які людина зобов'язана виконувати як член певної соціальної групи.

Проблема людини і світу є центральною і в концепції австрійського психотерапевта Віктора Франкла, який вважає трансценденцію однією з головних властивостей людського існування. Людина виходить не лише за власні межі до світу, але ще більшою мірою стверджує своє буття відносно того, яким воно має бути. Франкл розглядає цей процес як піднесення над рівнем соматичного і психічного та входження у сферу людського. Адже ні соматичне, ні психічне самі по собі не відображають людину: це лише дві її грані. Людське існування характеризується подоланням меж середовища проживання виду *Homo sapiens*. Наріжним питанням концепції В. Франкла є прагнення смислу, який людина віднаходить, пізнаючи

світ і власну сутність. Людина прагне та виходить за власні межі – у світ. І досягає його – світ, наповнений іншими людьми і спілкуванням із ними, змістами та їх реалізацією. Ця сфера утворена новим виміром духу [1, 99; 14].

Екзистенційний аналіз В. Франкла визначає два чинники, які патогенні в широкому розумінні: відсутність внутрішньої узгодженості із власними діями та буттям і відсутність діалогу (внутрішнього діалогу та / або діалогу із зовнішнім світом). Франкл відстоює думку, що світ не зводиться до наших суб'єктивних проєктів, а існує об'єктивно й незалежно від нас, а сенс не віднаходиться і не створюється сам собою, – його потрібно шукати й знаходити. Реалізуючи сенс, людина реалізовує себе. “Той, хто має Для чого жити, може винести будь-яке Як”, – писав Ф. Ніцше. Основою здатності приймати й реалізувати власне рішення є одвічно притаманна людині діалогічна відкритість до світу зовнішнього та внутрішнього. Існувати – це означає постійно виходити за межі самого себе. Людська свобода полягає у здатності людини відокремлюватися від самого себе. Людина не є вільною від обставин, але вона вільна обрати власну позицію стосовно них [1, 99].

Людина – це буття у світі, неперервність процесу якого неподільно пов'язана із самістю людини та її світом як контекстом життя. Чотири головні виміри екзистенції людини (фізичний, психічний, соціальний та духовний) є окремими вимірами життя. Кожний із цих вимірів – порівнянно незалежна система, реляція зі світом, переживання його і формування власних установок щодо цього. Самість забезпечує інтеграцію й взаємовплив окремих вимірів між собою. Адекватність функціонування кожного з вимірів стосується певного аспекту здоров'я. Дисфункція одного з вимірів може супроводжуватися порушеннями всіх складників здоров'я і, як стверджує І. Галецька [1, 100], провідною передумовою здоров'я є істинність існування: автентичність, пов'язана з почуттям авторства життя; усвідомлення власного способу конструювання світу і відкритість світові; розуміння ймовірнісного характеру буття.

Психологічне здоров'я людини також асоціюється з такими поняттями, як "адаптація", "соціалізація" та "індивідуалізація" [158]. Адаптація включає здатність людини усвідомлювати функції свого організму (травлення, виділення тощо), а також її здатність регулювати свої психічні процеси (керувати своїми почуттями, бажаннями, думками). Соціалізація визначається за трьома

критеріями, пов'язаними зі здоров'ям: здатність реагувати на іншу людину як на рівну собі; реакція на існування певних норм у стосунках з іншими і прагнення наслідувати їх; переживання людиною своєю відносної залежності від інших людей. При цьому, як зазначає І.І.Хоміч, соціалізація торкається усіх елементів людини як системи [201]. Індивідуалізація дозволяє описати ставлення людини до самої себе. Людина сама створює свої якості, вона усвідомлює свою власну неповторність як цінність і не дозволяє її руйнувати іншим людям. Тому одним з найважливіших параметрів психічного здоров'я є здатність визнавати і зберігати індивідуальність у собі та в інших. Щодо стосунків з іншими, то J.House, K.Landis і D.Umberson пишуть про те, що велика кількість добрих друзів – яскрава ознака здоров'я і довголіття [245].

Повноцінне психічне життя і розвиток були б неможливими без здатності людини до рефлексії. Рефлексивні переживання, як наголошують Г.С.Абрамова та Ю.А.Юдчиць, - це передумови духовного життя, в якому результатом є переживання життя як цінності. Міркуючи про цінне, людина не просто споглядає дійсність, а активно до неї ставиться [158]. Ціннісне ставлення до життя визначає спрямованість особистості та її основну позицію – позицію життя, а також відповідну мотивацію: ствердження у житті, сенсу життя, свободи, насолоди, самоіснування. Саме такі мотиви, на нашу думку, притаманні здоровій людині. Заперечення життя, прийняття смерті чи однаково байдуже ставлення до життя і смерті не сумісні з високим рівнем духовного здоров'я.

Ціннісне ставлення до себе – складне утворення, яке означає розуміння своїх чеснот, достоїнств, позитивне переживання їх, здатність керуватися цими переживаннями і знаннями у реальному житті, у поведінці, у діяльності, вчинках [186].

Нам видається необхідним виділення такого виміру здоров'я, як спрямованість, якісний зміст, інтенсивність активності особистості. І тут ми абсолютно погоджуємося з О.Я.Іванюшкіним, який наголошує, що здоров'я – це певна міра свободи людини, міра панування людини над обставинами її життя [57]. Таке розуміння здоров'я передбачає активну позицію людини, насамперед, стосовно самої себе і, зокрема, стосовно свого здоров'я. М.М.Амосов писав, що "від хвороб можна врятуватися лише активністю" [5, с. 23]. В.С.Ротенберг і В.В.Аршавський, досліджуючи вплив стресу на здоров'я людини, показали, що загальним і неспецифічним фактором,

який визначає стійкість організму до стресу, є пошукова активність [163].

Активна життєва позиція потребує розвинутого вольового начала особистості. При цьому, воля нами розуміється як здатність людини до свідомої зумисної активності чи до самодетермінації через роботу на внутрішньому плані, яка забезпечує додаткову спонуку (гальмування) до дії на основі довільної мотивації [56]. На зв'язок вольового потенціалу з рівнем здоров'я людини вказує І.О.Сабанадзе: її дослідження соціально-психо-логічних факторів дезадаптивності підлітків довели, що провідним серед них є характерологічний чинник – безвілля, легка підкорюваність, вразливість [169].

Якщо фізичне здоров'я прийнято співвідносити з функціонуванням людини на рівні індивіда, психічне і соціальне – на рівні особистості, то характеристики психологічно здорової людини дозволяють співвіднести психологічне здоров'я з рівнем суб'єктності. За визначенням А.В.Брушлінського, суб'єкт – це людина на вищому рівні активності (здатність протистояти обставинам), інтегральності. Провідна якість суб'єкта – цілісність. Будь-яка його діяльність є творчою, а його психологія характеризується вищим рівнем саморегуляції і детермінації [21].

Важливими утворюючими характеристиками психічного здоров'я є ставлення до себе, до іншої людини та до світу. Аналіз наукової літератури свідчить про те, що проблему психічного здоров'я науковці розглядають з урахуванням того розуміння особистості, що складається в рамках тієї чи іншої теоретичної концепції особистості. Зокрема це стосується психодинамічної теорії особистості **З. Фрейда**, індивідуальної теорії особистості **А. Адлера**, аналітичної теорії особистості **К. Юнга**, Его-теорії особистості **Е. Еріксона**, гуманістичної теорії особистості **Е. Фрома**, соціокультурної теорії особистості **К. Хорні**, структурної теорії рис особистості **Р. Кеттела**, соціально-когнітивної теорії особистості **А. Бандури**, когнітивної теорії особистості **Дж. Келлі**, гуманістичної теорії особистості **А. Маслоу**, феноменологічної теорії особистості **К. Роджерса**, та інших.

Формування ставлення людини до природи, навколишнього світу, до себе є одним з аспектів розвитку особистості. У вітчизняній психології духовний, психічний розвиток трактується як процес перетворення індивіда в соціальну істоту, в особистість. Л.С. Виготський називав цей процес культурним розвитком дитини,

вростанням в цивілізацію. Він вважав, що «... при входженні в культуру дитина не тільки бере щось від культури, засвоює щось, прищеплює собі щось ззовні, а й сама культура глибоко перероблює природний склад поведінки дитини і перекриває абсолютно повному весь хід його розвитку»[59,С.294].

Формування ставлення до світу постійних речей починається з раннього дитинства шляхом оволодіння дитиною функціональним значенням створених предметів і становлення розуміння необхідності дбайливого поводження з ними. В результаті, у дитини виробляється ціннісне ставлення до навколишнього світу.

Визнано, що цілісна система відносин людини включає в себе цілий ряд складових: ставлення до праці, до інших людей, до самого себе і т.д. (Б. Г. Ананьєв, А. С. Асмолов, Б. С. Братусь, В. В. Барцалкіна, І. С. Кон, А. А. Леонтьєв, Д. Дотон, Н. І. Непомнящая, О.Н . Пахомова та ін.).

У позначенні аспекту, пов'язаного зі ставленням до себе, в літературі немає термінологічної визначеності та концептуальної спільності досліджень. У вітчизняній психології це і самоповага (Ю. Є. Альошина., Л. Я. Гозман, І.С. Кон, В.В. Столін, .І. І. Чеснокова та ін), і самоприйняття (Ю.Є. Альошина, Л. Я. Гозман, Є. М. Дубовська, М. В. Кроз, В. В. Столін, С. Р. Пантілєєв, М. А. Хазанова та ін), і самоцінність (М. С. Каган, А. М. Еткінд, С. Р. Пантілєєв, В. В. Столін), і емоційно-ціннісне ставлення до себе (В. В. Столін, І. І. Чеснокова, А, М, Еткінд), і самосприйняття (Ю. Є. Альошина, Л. Я. Гозман, Є.М.. Дубовська, М. В. Кроз), і аутосимпатія (В. В. Столін), і самоприв'язанність (С. Р. Пантілєєв , В. В. Столін), і самоставлення (М. В. Лукін, С. Р. Пантілєєв, В. В. Столін), і самолюбство (К. А. Абульханова-Славська). В англійській літературі використовуються такі терміни, як self-regard (самоставлення), self-esteem (самоповага, узагальнена самооцінка), self-feeling (самовідчуття, самопочуття), self-love (любов до себе), self-acceptance (самоприйняття), self-attitude (самоставлення, установка на себе), self-evaluation (декларована, публічна самооцінка), self-identity (самоідентичність) і т.і.

Проблема емоційно-ціннісного ставлення до себе, свого здоров'я є значущою для сучасної психології. У нашій культурі тривалий час існувала заборона на себелюбство, коли любити інших - добродійно, а себе - гріх. І ці два значення - любов до себе і любов до інших досить довго протиставлялися, коли «інтереси кожного підпорядковані інтересам всіх», а «громадська думка вище

особистого». «Якщо добродійно - любити ближнього як людську істоту, то добродійною, а не порочною повинна бути і моя любов до самого себе, раз я теж людська істота. Ідея, виражена в біблійній заповіді «Люби ближнього як самого себе», тут мається на увазі, що повага до своєї власної цілісності й унікальності, любов до себе і розуміння свого Я невіддільні від поваги, любові і розуміння іншої людини» [256, С. 126].

Ряд авторів стверджує, що лише високий рівень самоприйняття обумовлює позитивне ставлення до інших (Альошина Ю.Є., Гозман Л.Я., В. Сатир, Хазанова М.А., Rogers К. та ін.) Самолюбство, як вважає К. А. Абульханова-Славська, виступає як деяке інтегральне особистісне утворення, яке одночасно виражає рушійну силу «Я», його активну сторону, але не замкнуту «в собі» і «для себе», а як спосіб співвіднесення особистості з соціальним світом, іншими людьми. Самолюбство як індикатор, критерій взаємодії зі світом грає важливу роль у розвитку ціннісно-моральної сфери особистості. Це один з дієвих джерел підвищення (зниження) мотивації, набуття (втрати) сенсу життя [3, С.104-108].

Фрейд З., Виходячи з уявлення про обмеженість запасів лібідо, приходить до висновку, що позитивне ставлення до себе негативно пов'язане з позитивним ставленням до людей. Тобто, чим більше любові Я віддає світу поза себе, тим менше йому залишається любові до самого себе і навпаки [253]. На противагу цій позиції К. Хорні, Е. Фромм, Х. Салліван та інші представники неофрейдівського напрямку, вважаючи здатність до любові здатністю, що розвивається, стверджують, що позитивне ставлення до себе не тільки не перешкоджає позитивному відношенню до інших людей, але і є його необхідною умовою. Відношення до самого себе є тією базою, на якій будується ставлення до інших людей. Крім того, відсутність самоповаги, що виявляється в конформності людини, її залежності від оцінок оточуючих, втрати почуття власної гідності, тривожності, відчутті себе скривдженим, знехтуваним, ображеним, беззахисним, незначним, переживанні почуття провини і жалю (застрагання на них) є ознакою невротичної особистості [260]. Готовність до спілкування, вибір партнера, та й сам характер спілкування багато в чому залежать від того, відноситься людина до себе з спокійною гідністю, або сповнений усвідомленням своєї винятковості, або почуває себе нікчемним і жалюгідним (М. С. Каган, В.В. Столін, А. М. Еткінд). Очевидно, що для кожної особистості надзвичайно

важливо відчувати себе самоцінною, «... знаходитися в згоді з собою, для чого людина повинна бути тим, ким вона може бути» [295, р. 91]. Саме високий рівень самоприйняття створює хороші умови для спілкування, роблячи людину більш сензитивним до переваг інших людей і толерантним до їх недоліків [88].

Слідом за Сатир В., Пантілєєвим С.Г., Століним В.В. та ін можна визначити самоцінність як відчуття цінності власної особистості, почуття власної гідності, сили свого «Я», що характеризується довірою своїм власним почуттям, вірою в себе і свої можливості, відкритістю.

Аналізуючи взаємозв'язок самоприйняття і самооцінки, Л.Я. . Гозман зазначає, що в діяльності суб'єкт з високим рівнем самоприйняття не боїться вибирати для порівняння зі своїми власними досягненнями групу достатньо успішних людей [62].

Безумовне прийняття є найважливішою умовою розвитку особистості в навчанні, воно також сприяє і гармонізації відносин людини з власним «Я» (А. Б. Орлов, К. Роджерс, М. А. Хазанова). Це пов'язано з тим, що в систему цінностей, на думку К. Роджерса, входять переконання в особистісній гідності кожної людини, в значущості для кожної особистості здатності до вільного вибору і відповідальності за його наслідки. І такий тип вчення, який спрямований на засвоєння смислів як елементів особистісного досвіду, К. Роджерс називає вільним на відміну від примусового, безособистісного, інтелектуалізованого [300].

А.В. Мудрик, аналізуючи значення проблеми ставлення до себе, стверджує, що нарівні зі ставленням до навколишнього світу, а також з аспектами і способами самореалізації, вона є головним результатом виховного процесу. Ставлення до себе і ставлення до іншого взаємно впливають один на одного. Причому, ставлення до себе в міру дорослішання стає провідним. Так вибудовується логічний ланцюжок: для оптимального розвитку дитини необхідне його позитивне ставлення до себе, що припускає почуття власної гідності, відчуття цінності свого «Я», віра в свої сили і можливості (тобто самоприйняття). А процес самоприйняття дитини обумовлений прийняттям його особистості дорослим - батьком, педагогом. Але прийняття учня вчителем детерміновано самоприйняття педагога. Внутрішня можливість надання собі права бути таким, як є, дозволяє і сприяє щирому наданні іншому «бути» без будь-яких умов.

Проблемі позитивного, емоційно-ціннісного ставлення до себе приділяли увагу багато авторів. Складність феномену емоційно-ціннісного ставлення до себе пояснює В.В. Столін, виділяючи наступні аспекти:

- це інтегральна характеристика особистості, інтегральний особистісний зміст,
- воно має важливе значення для підтримки психологічного комфорту та здоров'я людини, надзвичайно великий ризик усвідомлення свого негативного ставлення до себе,
- воно пов'язане з пізнанням інших людей і взаємин з ними, причому, з віком ступінь розвитку самосвідомості визначає зміст пізнання інших. Як кажуть, "не пізнати нам в інших того, що в собі непізнали",
- це відношення пов'язане з оцінками, відносинами оточуючих - як конкретних людей, так і узагальнених "інших" у вигляді суспільних норм і цінностей,
- воно проявляється не тільки безпосередньо як переживання свого "Я", а й опосередковано - у вигляді відношення до інших і очікуваних відносин інших до себе [240].

У зв'язку з проблемою генезису емоційно-ціннісного ставлення особистості до себе розглядаються питання обумовленості цього явища різними факторами. Дослідниками виділені наступні фактори:

- соціальна ситуація розвитку особистості (об'єктивні обставини життя, соціальні ролі, що реалізують соціальну позицію людини) (Еткінд А. М.);
- умови виховання, положення дитини в сім'ї (К Роджерс);
- ставлення інших людей до даної людини (Ю. Є. Альошина, Л. Я. Гозмак, Е. Берн, А. В. Мудрик, В. В. Столін, М. А. Хазанова, І.І.Чеснокова та ін.);
- ступінь відкритості свого досвіду переживань, здатність "почути" і назвати для себе пережиті почуття (Л.Я. Гозман., К. Rogers);
- пізнання себе, самоаналіз, осмислення себе (в тому числі власних інтересів і способів їх задоволення) (М. В. Лукін, В. В. Столін, Е. Фромм);
- пізнання інших людей і взаємовідносин з ними (Е. В. Ільєнко, В.В.Сталін, І.І. Чеснокова);
- здатність до саморегуляції (зняття внутрішньої напруги) (М. В. Лукін, С. Р. Пантілєєв);

- власні досягнення особистості, її успішність в самореалізації (Л. Н. Захарова, І. С. Кон, К. Хорні, І. І. Чеснокова);
- атмосфера прийняття, довіри, відкритості в мікросоціумі (Л. Н. Лесохіна, В. Сатир, К. Роджерс);
- відкрите діалогічне спілкування (Л. А. Петровська, А. У. Хараш).

Якщо всі вищеназвані фактори в залежності від ступеня вираженості та своєї позитивної спрямованості можуть надавати різний - як негативний, так і позитивний вплив на емоційно-ціннісне ставлення особистості до себе, то виділений Хорні К. фактор - тривожність (не ситуативна, а як особистісна характеристика) впливає на це ставлення тільки руйнівно, негативно.

До характеристик динаміки процесу формування емоційно-ціннісного ставлення особистості до себе можна віднести різну ступінь усвідомленості, стабільності та стійкості, інтенсивності переживань, побудливо - мотиваційної сили і тривалості ціннісного процесу (Р. С. Пантелєєв, К. Роджерс, І. І. Чеснокова).

5.2. Соціальне здоров'я особистості

Соціальне здоров'я є інтегративним показником об'єктивних і суб'єктивних соціальних характеристик особистості. Цей феномен охоплює відносини особистості із соціальним середовищем, ставлення до себе та свого місця в соціальній структурі, зумовлює її життєздатність, оптимальність функціонування у соціальному середовищі. **Соціальне здоров'я** детермінується соціально-рольовими й аксіологічними характеристиками особистості та водночас особливостями впливу найближчого оточення й суспільства, характером і рівнем розвитку, що притаманне основним сферам суспільного життя в певному середовищі – економічному, політичному, соціальному, духовному. Цей складний соціальний феномен виникає в процесі взаємодії індивіда із соціальним середовищем і відображає рівень цієї взаємодії, ставлення до себе та свого місця в соціальній структурі, що зумовлює рівень життєздатності й оптимальності функціонування в соціальному середовищі.

Індивідуальне соціальне здоров'я визначає міру комфорту людини в соціальному оточенні, критеріями якого є рівень соціальної

адаптованості стосовно узгодженості існуючих соціальних норм та власних переконань, соціальну заангажованість.

Соціальне здоров'я в суспільному плані – стан сукупного фізичного, психічного, інтелектуального, соціального, духовно-морального й репродуктивного здоров'я населення, критеріями якого є статистичні показники благополуччя життя та гармонійного розвитку суспільства: рівень життя більшості громадян, середньої тривалості життя, смертності й народжуваності, дотримання принципів соціальної справедливості, тенденції розвитку науки та культури [2]. У цьому випадку **соціальне здоров'я** є міждисциплінарною сферою, яка розглядає проблему здоров'я виходячи з макроперспективи (система, община тощо); ідеться про системний підхід, тобто про населення в цілому. Ф. Гутцвіллер і О. Жанрі (Gutzwiller & Jeanneret, 1996) виділяють таке коло завдань для **соціального здоров'я**: створювати такі соціальні умови, умови навколишнього середовища й санітарного забезпечення, які б сприяли збереженню здоров'я людей [20, 23–29]. За іншими джерелами (Troschke, Hoffmann-Markwald & Haeblerlein, 1993; Lee & Rahman, 1997), головні завдання **соціального здоров'я** – попередження хвороби (профілактика), продовження життя та зміцнення здоров'я [3]. У сфері соціального здоров'я працюють різні професійні групи, серед яких є і клінічні психологи, і фахівці з психології здоров'я. Соціальне здоров'я поки що є полем дослідницької та практичної діяльності, яке не ідентифікується з окремою професією. Проте в рамках соціального здоров'я вже починають складатись окремі спеціальності, відповідні напрямам у післядипломному навчанні фахівців, котрі закінчили різні вищі школи.

Говорячи про **“соціальне здоров'я”**, зазвичай передбачають:

- соціальну значимість тих чи інших захворювань у міру їх поширеності; економічних утрат, що ними викликаються (тобто загрози для існування популяції чи страху перед такою загрозою);
- вплив суспільного ладу на причини виникнення хвороб, характер їх протікання та вихід (тобто можливості виліковування або смерті);
- оцінку біологічного стану певної частини чи всієї людської популяції на основі інтегрованих (агрегованих) статистичних показників, які складають так звану соціальну статистику [7].

Соціальне здоров'я особистості знаходить висвітлення в таких характеристиках:

- адекватне сприйняття соціальної дійсності;

- інтерес до навколишнього світу;
- адаптація (рівновага) у фізичному й суспільному середовищі;
- спрямованість на суспільно корисну справу;
- культура споживання, альтруїзм, емпатія, відповідальність перед іншими, безкорисливість, демократизм у поводженні [7].

Соціальне здоров'я – це стан оптимального поєднання гармоній:

- гармонії особистості;
- гармонії діяльності;
- гармонії комунікації із соціумом.

Гармонії сприяють самоактуалізації особистості й позитивному гуманному розвитку соціуму і суспільства. Використання терміна “соціальне здоров'я людини” дає змогу характеризувати гармонійний та своєчасний процес соціального розвитку особистості, який полягає в переході від самосприйняття, рефлексії, самооцінки, самоствердження до самоусвідомлення, соціальної відповідальності, інтериорізованих соціальних мотивів, потреби в самореалізації своїх можливостей, суб'єктивного усвідомлення себе самостійним членом суспільства, розуміння свого місця і призначення. Міра оволодіння людиною соціальним досвідом, усвідомлення себе в суспільстві, бачення себе в інших людях, готовність до відповідальної діяльності й участі у суспільних взаєминах є показниками соціального здоров'я¹. Соціальне здоров'я людини перебуває у взаємозалежності зі здоров'ям суспільства.

З іншого боку, можна говорити і про характерні ознаки психічного нездоров'я, неблагополуччя. Несприятливими властивостями особистості є: залежність від шкідливих звичок; відхід від відповідальності за себе; втрата віри в себе, свої можливості; пасивність (“духовне нездоров'я”). До психічних станів звичайно відносять нечуттєвість; безпричинну злість; ворожість; ослаблення як вищих, так і нижчих інстинктивних почуттів; підвищену тривожність. У сфері психічних процесів частіше згадуються: неадекватне сприйняття самого себе, свого “Я”; нелогічність; зниження

¹ Из статьи Л. А. Байковой “Сущность социального здоровья детей и молодежи, его критерии, показатели и диагностика”. Психология здоровья: психическое, психологическое и социальное здоровье гендерно-возрастных групп населения: Материалы Междунар. науч.-практ. конф., 9–12 октября, 2008 года / Под ред. Л. А. Байковой, Ю. В. Назаровой. – Рязань: ЗГУ им. С. А. Есенина, 2008. – 320 с. – С. 4.

когнітивної активності; хаотичність (неорганізованість) мислення; категоричність (стереотипність) мислення; підвищена навіюваність; некритичність мислення. У цілому така особистість якоюсь мірою дезінтегрована; їй властиві втрата інтересу, любові стосовно близького; пасивна життєва позиція. У плані самоврядування вона відзначається неадекватністю самооцінки; ослабленим (аж до втрати) або, навпаки, невиправдано гіпертрофованим самоконтролем; ослабленням волі. Її соціальне неблагополуччя проявляється в неадекватному сприйнятті (відображенні) навколишнього світу; дезадаптивній поведінці; конфліктності, ворожості; егоцентризмі (що виливається в жорстокість і безсердечність); прагненні до влади (як самоціль); накопиченні й ін.

Соціальне середовище, у свою чергу, теж впливає на психічне здоров'я та поведінку людини, оскільки воно [8, 146–147; 9]:

- формує уявлення про те, які види поведінки корисні, а які шкідливі для здоров'я; на цій основі конструюється як саморуйнівна, так і самозберігаюча поведінка індивіда;

- представляє знання про технічні досягнення, які можна використовувати для збереження і зміцнення здоров'я, для лікування захворювань;

- транслює когнітивні схеми, на основі яких суб'єктивні прояви соматичного та психічного дискомфорту, біль усвідомлюються як симптоми хвороби;

- утримує соціальну “сітку”, тобто канали неформальної комунікації, за якими людина може отримати пораду щодо свого хворобливого стану;

- пред'являє експектації (очікування), які виконують функцію регулятивних норм при прийнятті соціальної ролі хворого;

- має доступні для індивіда спеціалізовані інститути, місія яких полягає у збереженні й укріпленні здоров'я, легітимізації статусу хворого, наданні професійної допомоги [8, 146–147; 9].

Як бачимо, існує тісний взаємозв'язок між структурними та динамічними характеристиками соціуму, які впливають на здоров'я його членів, так і окремі індивіди визначають рівень здоров'я соціуму в цілому.

5.3. Захисні реакції і механізми особистості

Зміст процесу психологічного захисту описується формулою: *конфлікт – тривога – захисні реакції*. Конфлікт виступає як результат невідповідності актуальних потреб особистості нормам навколишнього соціального середовища. Наслідком конфлікту є стан тривоги, суб'єктивне переживання, яке сигналізує про порушення внутрішньої рівноваги.

Із нагромадженням життєвого досвіду в людини формується система, що виконує роль захисту внутрішнього світу від інформації, що може зруйнувати її рівновагу. Ця система включає вхідний контроль – цензуру й кілька форм переробки травмуючої інформації, що дає змогу забрати або знизити її вплив. Для своєчасної дезактивації травмуючої інформації захист повинен насамперед виловити “порушника спокою”. Цензура як митник інспектує все, що надходить до свідомості, ретельно контролюючи кожен відповідний рух, і не пропускає – відсіває небезпечні сигнали. Сигнали, які травмують, надходять на переробку. За рахунок нейтралізації небезпечних для внутрішнього світу сигналів захист виступає як система стабілізації особистості, що виявляється в усуненні й (або) зведенні до мінімуму негативних емоцій, коли є небезпека виникнення почуття тривоги або каяття совісті як реакції на критичну неузгодженість власних уявлень про світ із новою інформацією. Вона ж перешкоджає задоволенню антисоціальних, інстинктивних потреб [7, 51–52].

У захисних процесах беруть участь усі психічні функції, але щораз може домінувати одна з них і брати на себе основну частину роботи перетворення травмуючої інформації. У медичній психології існує навіть спеціальний термін – *алекситимія* (нездатність виражати емоції словами). Люди з подібною нездатністю складають групу ризику розвитку – у них підвищена ймовірність виникнення ряду психосоматичних розладів. Ці розлади – наслідок відсутності гармонії між словом і переживанням [7, 52].

Із позиції захисту особистості важливо, що існує глибинна залежність між позитивною “Я-концепцією” й успішністю самореалізації, а також між негативною “Я-концепцією” та недостатньою реалізацією своїх потенційних можливостей. (Ці кореляції особливо яскраво виявляються в алкоголіків й істероїдів).

Психологічний захист спрацьовує автоматично, знижуючи напруженість і поліпшуючи самопочуття, але не допомагає вирішувати зовнішні проблеми, що стоять перед особистістю. Знання особливостей психологічного захисту допомагає оптимально

організувати свій досвід, усвідомлено створювати нові стратегії та модифікувати старі, тобто робити свою поведінку гнучкою і вільною [7, 52].

Оскільки загальна риса всіх видів захисту – їхня незалежність від наших свідомих бажань і намірів, то спостерігати можна тільки зовнішні прояви. У поведінці може з'явитися невмотивована боязнь, невпевненість у собі, поміркованість. Кожен вплив несвідомого комплексу на поведінку та свідомість, крім того, супроводжується фізичними проявами, такими як почервоніння, заїкання, зміна ритму дихання, мускульні спазми, зміна положення тіла і т. п.

Найбільше вивчені форми психологічного захисту одержали спеціальні назви: заперечення, раціоналізація, витіснення, проекція, відчуження, заміщення, сновидіння, сублімація, катарсис [7, 53–60; 15].

Заперечення проявляється в ігноруванні потенційно тривожної інформації, униканні її. Це бар'єр, розміщений прямо на вході системи сприйняття. Він не допускає небажану інформацію, що при цьому вона незворотно втрачається для людини і, як наслідок, не може бути відновленою. Під час заперечення переорієнтовується увага. Її напрям міняється так, що людина стає неуважною до деяких сфер життя, які можуть її травмувати. У такий спосіб діє, наприклад, страх перед невдачею, коли людина прагне уникати ситуацій, які закінчаться, на її думку, поразкою. При цьому вхід може бути не тільки зовнішнім, а й внутрішнім, і людина намагається про щось не думати, відганяє думки про це. Якщо в чомусь ніяк не можна зізнатися собі самій, то найкращим виходом залишається, за можливості, не заглядати в цей страшний і темний кут. Зовні це виглядає так, начебто людина відгороджується від ситуацій ("Це є, але не для мене") або не зважає на них. Уникаються теми, ситуації, книги, кінофільми, які можуть провокувати небажані емоції. Відомий і спеціальний термін "алкогольне заперечення". Зміст цього поняття пов'язують із некритичною оцінкою свого стану, що полягає в запереченні як захворювання в цілому, так і окремих його симптомів. При цьому переживання, пов'язані з хворобою, блокуються з метою ліквідації конфлікту між "Я" і безпосереднім досвідом [7, 53].

Витіснення пов'язане з униканням внутрішнього конфлікту шляхом активного виключення зі свідомості (забування) не інформації про те, що трапилось, у цілому, а тільки неприйнятного мотиву своєї поведінки. Витіснення спрямоване на те, що раніше було усвідомленим хоча б частково, а забороненим стало вдруге і тому

утримується в пам'яті. Воно означає, що надалі цьому спонуканню не дозволяється вступати в область свідомого. Виключення мотиву цього переживання зі свідомого рівнозначне його забуванню. Причина подібного забування – намір уникнути невдоволення, яке викликає цей спогад. Помилки під час згадування, як наслідок витіснення, виникають через активізацію внутрішнього процесу, що, у свою чергу, змінює хід думки. Саме тому витіснення – найефективніший вид захисту, який здатний подолати такі інстинктивні імпульси, з якими не справляються інші форми захисту. Витіснення вимагає великих енергетичних ресурсів, що проявляються в гальмуванні інших видів життєвої активності [7, 53].

Раціоналізація – це захист, пов'язаний з усвідомленням і використанням тільки тієї частини сприйнятої інформації людиною, завдяки якій поведінка стає добре контрольованою та не суперечить об'єктивним обставинам. Суть раціоналізації полягає у пошуку місця для ірраціонального спонукання або вчинку людини в системі внутрішніх орієнтирів, цінностей, без руйнування цієї системи. Неприйнятна частина ситуації зі свідомості віддаляється, особливим чином перетворюється і після цього усвідомлюється, але вже у зміненому виді. За допомогою раціоналізації людина легко запліщує очі на розбіжності між причиною та наслідком, які помітні для зовнішнього спостерігача. Головна особливість раціоналізації полягає у спробі створити гармонію між бажаним і реальним положенням, запобігаючи втраті самоповаги. Так, пасивна людина вказує, що її зайва поступливість є наслідком щирої делікатності; агресивна людина говорить, що не може дозволити нікому “сісти собі на шию”, а байдужа – що вона незалежна й самостійна. У цих випадках рішення приймаються підсвідомо, та після реалізації вчинку людина прагне знайти для нього виправдання, щоб переконати себе й інших, що вона діяла відповідно до реальної ситуації. Раціоналізація може суперечити фактам і законам логіки, але це не обов'язково. Вона може бути розумною та логічною. У цьому випадку її ірраціональність полягає в тому, що представлений мотив діяльності не є справжнім. Наприклад, іноді людина стверджує, що її професійна некомпетентність пов'язана з фізичними вадами: “Мені б тільки позбутися головного болю, тоді б я зосередився на роботі”. У такому випадку поради підлікуватися, не перевантажуватися, розслабитися, мабуть, не допоможуть, якщо людина хвора, тому що на роботі від неї немає ніякої користі.

Тобто, можемо зробити висновок, що раціоналізація – це завжди видача собі індульгенції, тобто це виправдовувальне ставлення до своєї поведінки і своїх принципів, при чому людина може бути впевнена у своїй щирості. Коли захист не включається вчасно, то дисонанс переживається як тривога, жаль. Не одержавши чогось бажаного і не досягнувши мети, людина втішає себе, кажучи: “Не дуже й хотілося”. У подібних випадках використовується варіант раціоналізації, який називається “зелений виноград”. Він спонукає до знецінення або дискредитування недоступних благ. Його сутність полягає в тому, що при відсутності сил і волі для здійснення наміченого, людина переконує себе, що робити цього не треба. Інший варіант раціоналізації – “солодкий лимон”. Він спрямований на перебільшення цінності вже наявного блага й значення досягненого результату. Наведемо приклад раціоналізації типу “зелений виноград”. Героїня роману Л. Н. Толстого “Війна і мир” Наташа Ростова хоче звільнитися від думки про зраду своєї любові до князя Андрія: “Після цього вечора Наташа не спала всю ніч і під ранок вирішила, що вона ніколи не любила князя Андрія...”. Як бачимо, раціоналізація – це пошук помилкових основ, коли людина не ухиляється від зустрічі із загрозою, а нейтралізує її, інтерпретуючи безболісним для себе способом [7, 54].

Проекція – вид психологічного захисту, пов’язаний із несвідомим перенесенням неприйнятних власних почуттів, бажань і прагнень на інших. Вона передбачає неусвідомлюване відкидання власних думок, установок або бажань і приписування їх іншим людям із метою перекладання відповідальності за те, що відбувається всередині “Я” на навколишній світ. Суб’єктивно проекція переживається як ставлення, спрямоване на Вас від Нього, тоді як справа полягає в іншому, протилежному. Тим самим ворожість до своїх власних уявлень і станів змушує проектувати їх назовні та, таким чином, уникати необхідності приймати їх як власні. Унаслідок цього людина переносить відповідальність за свої вчинки на оточуючих, у неї блокується потреба в саморефлексії, яка необхідна для усвідомлення своєї провини.

Термін “проекція” увів З. Фрейд [15], розуміючи її як приписування іншим людям того, у чому людина не в змозі собі зізнатися. Наприклад: стара діва обурюється розбещеністю молоді, зла людина не вірить у доброту інших людей, злодій кожного підозрює. Людина з позитивною самооцінкою, як правило, упевнена в собі й не має

потреби в безперервній демонстрації особливих достоїнств своєї персони. У неї немає бажання постійно самостверджуватися. При низькій самооцінці, навпаки, людина хронічно не задоволена собою, внаслідок конфлікту між бажаним і реальним образами “Я”. Цей конфлікт запускає механізм проекції і, тим самим, призводить до формування установки негативного сприйняття оточуючих. Тоді виникає потреба шукати і знаходити собі недруга, адже зручно усвідомлювати, що все погане – там, у зовнішньому, видимому об’єкті, де можна перемагати, карати або знищувати. Тому низька самооцінка – ключова ланка, що підвищує ймовірність виникнення проекції, а проекція відіграє важливу роль у формуванні різних забобонів, наприклад расових.

Зручне підґрунтя для реалізації проекції створює алкоголь. На початкових фазах сп’яніння межі особистості розмиваються, у сприйнятті знижується розрізнення властивостей співрозмовника і власних, що тимчасово зрівнює обох і полегшує проектування своїх якостей на інших. Під час витіснення небажана ідея відкидається в підсвідомість, а в проекції вона зміщується в зовнішній світ. Тому діти й підлітки схильні виражати негативне ставлення до тих учителів, предмети яких вони недолюблюють, звинувачуючи їх у всіх смертних гріхах. Вони переносять власні недоліки у зовнішній світ – на емоційно не прийнятних людей [7, 56–57].

Ідентифікація – різновид проекції, пов’язаний із неусвідомлюваним ототожненням себе з іншою людиною, перенесенням на себе бажаних почуттів і якостей. Це – підняття себе до іншого шляхом розширення меж “Я”. Ідентифікація пов’язана з процесом, у якому людина, включаючи іншу людину у своє “Я”, запозичає її думки, почуття та дії. Уявивши себе на місці моделі, тобто перемістивши своє “Я” в цьому загальному просторі, вона може переживати стан єдності, співчуття, співучасті, симпатії, тобто відчувати іншу людину через себе і, тим самим, не тільки зрозуміти її, а й позбавити себе почуття віддаленості та породженої цим почуттям тривоги. У результаті ідентифікації здійснюється відтворення поведінки, думок і почуттів іншої особи через переживання.

3. Фрейд розглядав ідентифікацію як самоототожнення людини зі значимою особистістю, за зразком якої вона свідомо або підсвідомо намагається діяти. Для ідентифікації з кимось потрібна визначена міра подібності з ним, що підсилює почуття симпатії, близькості й дає старт процесам ототожнення. В основному ми ображаємося лише

на тих, кого любимо. У цьому випадку в нас з'являються очікування, установки, тобто ми знаємо, як інший повинен поводитись, якщо теж вважає себе близьким до нас [7, 57–58].

Відчуження – це психологічний захист, пов'язаний з ізоляцією, відокремленням усередині свідомості особливих зон, пов'язаних із травмуючими факторами. Під час виникнення розщеплення, дисоціації особистості мислення стає відчуженим. Відчуження провокує розпад звичайного функціонування свідомості: його єдність дробиться. Виникають ніби окремі відособлені свідомості, кожне з яких може володіти своїм власним сприйняттям, пам'яттю, установками. Унаслідок цього деякі сукупності подій сприймаються окремо, між ними немає зв'язку і тому вони разом не аналізуються. Тоді те, що відбувається сьогодні, не може бути зіставлене з тим, що було вчора.

Відчуження має і негативні, і позитивні грані. У своїй захисній ролі воно виступає як внутрішня анестезія, що дає можливість відгородитися від несамовитих фізичних та психічних страждань. Неодноразово відзначено, що в момент катувань, у разі відчуття сильного болю, в людини виникає інколи почуття деякого відсторонення від себе разом із цим болем: “Це відбувається з моїм тілом, а не зі мною”. У слідчій практиці відомі ситуації, коли людина, котра вчинила тяжкий злочин у стані афекту, не може усвідомити власної участі у вчиненому. Розрив між свідомістю та діями такий глибокий, що сприймається особистістю як два різних способи існування. Не заперечуючи своєї присутності в ситуації вбивства і пізнаючи предмети, за допомогою яких воно було зроблено, людина, всупереч усякій логіці й очевидності та незважаючи на речові докази, стверджує, що не робила цього вчинку, оскільки не переживає його як власний. Звідси можна зробити висновок: той факт, що перед нами та сама людина (з огляду на можливість відчуження), не означає, що перед нами та сама особистість. Чийсь дії є її власними лише настільки, наскільки вони фіксуються в пам'яті. Коли людина не усвідомлює здійснення визначеної дії – отже, особистість фактично не здійснила її та не може нести за це відповідальності. Таким чином, якщо відчуження залишається в межах норми, то воно розширює можливості людини, створюючи умови для осмислення своїх учинків: дає можливість дотримуватися дистанції стосовно самої себе, глянути на себе “збоку”. Подібне відсторонення від будь-чого дає змогу знайти внутрішню волю і підтримувати гідний спосіб життя. Якщо ж

відношення між бажаннями людини і можливістю їхнього визнання в собі розривається, то відчуження стає фактором, що порушує самосвідомість [7, 58–59].

Заміщення – це вид психологічного захисту від нестерпної ситуації, за допомогою переносу реакції з “недоступного” об’єкта на інший – “доступний” або заміни неприйнятної дії на прийнятну. За рахунок такого переносу відбувається розрядка напруги, створеної незадоволеною потребою.

Заміщення може виникати не тільки шляхом переходу на інший об’єкт або до іншої дії, наприклад сварки, але й перенесенням дій в інший план – із реального світу у світ втішливих фантазій [7, 59]. Сновидіння – це вид заміщення, де відбувається переорієнтація – перенесення недоступної дії в інший план – з реального світу у світ сновидінь. Завдання сновидіння – показати складні почуття в картинках і дати людині можливість пережити їх, здійснюючи заміщення реальних ситуацій. Однак почуття не можуть бути прямо зображені. Візуально ми уявляємо тільки дію, що відображає це почуття. Неможливо зобразити страх, але можливо таке вираження страху, як утеча. Важко показати почуття любові, але демонстрація зближення і ласки досяжна. Виконання бажань, не задоволених у реальності, у сновидіннях двопланове – воно має явну форму й прихований за нею зміст. Думки, які людина не може додумати до кінця, боячись допустити у свідомість, часто приходять у сні, втілюючись в образи. Коли в людини виникають внутрішні труднощі, вона шукає вихід із положення. Сни дають змогу вивести назовні пристрасті, у сні може розгорнутися вивільнення, очищення, розрядка до межі згущених емоцій, які виходять із-під контролю. Бажане заміщається символами сновидіння полегшує тягар психічного перевантаження [7, 59–60].

Сублімація – це заміщення інстинктивної мети. Сублімація – захист шляхом перекладання сексуальної або агресивної енергії людини, надлишкової з погляду особистісних і соціальних норм, в інше прийнятне русло, у творчість, що заохочується суспільством. Це найбільш адаптивна форма захисту, оскільки вона не тільки знімає почуття тривоги, а й приводить до соціально схваленого результату [7, 60].

Катарсис – психологічний захист, пов’язаний із такою зміною цінностей, що приводить до ослаблення впливу фактора, який травмує. Так, переживання сильного страху іноді сприяє моральному переродженню, пробудженню совісті. У цій ситуації в людини раптом

змінюється структура установок і з'являється рішучість діяти в новому напрямі. Ключовим моментом для катарсису є критичний ріст емоцій. Величезний вплив за силою і результатами впливу на людину може зробити любов. Любов – це землетрус душі. Вона наділяє людину новою життєвою позицією, змінює всю шкалу її критеріїв і цінностей. Катарсис веде до просвітління та робить людину, яка виходить із нього, сильнішою [6, 60].

Отже, захисні реакції і механізми особистості виникають при внутрішній напрузі та проявляються у трьох формах:

- зміни зовнішнього середовища для власних потреб;
- пошук іншого, кращого середовища;
- внутрішні зміни самої людини, які допомагають адаптуватися в середовищі.

Питання для самоконтролю

1. Усвідомлення себе і свого місця у світі.
2. Соціальне здоров'я особистості.
3. Механізми психологічного захисту.

Тема практичного заняття

*Форми прояву психологічного захисту в дорослих і дітей
та їхня корекція*

Література

1. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: Теорія та практика.– Л.: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006.– 338 с.
2. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья.– СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 1999.– 1021 с.
3. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна.– СПб.: Питер, 2002.– 1312 с.
4. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.– СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002.– 608 с.
5. Маслоу А. Г. Мотивация и личность / Пер. с англ.– СПб.: Евразия, 1999.– 478 с.
6. Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей.– СПб.: Речь, 2000.– 507 с.
7. Психология здоровья человека / Г. В. Ложкин, О. В. Носкова, И. В. Толкунова / Под ред. В. И. Носкова.– Севастополь: Вебер, 2003.– 257 с.

8. Психология здоровья: Учеб. для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова.— СПб.: Питер, 2003.— 607 с.
9. Психология здоровья / Г. С. Никифоров, В. А. Ананьев, И. Н. Гуревич и др. / Под ред. Г. С. Никифорова.— СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2000.— 504 с.
10. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоров'я: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко.— М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2001.— 604.
11. Психологические методы обретения здоровья: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко.— М.: АСТ, 2001.— 720 с.
12. Соколова Е. Т. Расщепление образа телесного Я в структуре пограничной личности у лиц с пищевыми аддикциями // Клиническая психология / Сост. и общая редакция М. В. Тарабриной.— СПб.: Питер, 2000.— 352 с.
13. Социальные аспекты психического здоровья детей и подростков. Материалы Междунар. конгресса.— Одесса, 19–22 сентября 1994.— 220 с.
14. Франкл В. Человек в поисках смысла: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Л. Я. Гофмана и Д. А. Леонтьева.— М.: Прогресс, 1990.— 368 с.
15. Фрейд З. Психология бессознательного: Сб. призыв. / Сост. науч. ред., вст. сл. М. Г. Ярошевский.— М.: Просвещение, 1989.— 448 с.
16. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ.— М.: Изд. группа “Прогресс”—“Универс”, 1993.— 480 с.
17. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности.— СПб.: Питер, 1999.— 608 с.
18. Юнг К. Г. Психологические типы.— СПб.: Ювента, 1995.— 252 с.
19. Юдин Б. Г. Здоровье: факт, норма и ценность // Мир психологии.— 2000.— № 1 (21).— С. 54–68.
20. Gutzwiller F., Jaenneret O. Konzepte und Definitionen // In F. Gutzwiller & O. Jaenneret, Sozialund Prdventivmedizin Public Health.— 1996.— S. 23–29.

Розділ 6. ОСОБИСТІСТЬ І СТРЕС

6.1. Поняття психологічного стресу та причини його виникнення

Переважає більшість людей у сучасному суспільстві перебуває під впливом стресу, оскільки у часи науково-технічної революції, в які ми живемо, посилюється психічна діяльність людей. Це пов'язано з необхідністю засвоєння та переробки великого обсягу інформації. Тому й виникає проблема емоційного стресу, тобто напруження і перенапруження фізіологічних систем організму під впливом емоційних чинників. У сучасному житті стреси відіграють значну роль. Вони впливають на поведінку людини, її працездатність, здоров'я, взаємовідносини з оточуючими й у родині. Психологи стверджують, що сьогодні дві третини населення промислово розвинутих країн умирають від стресів. Тривалі фізичні та психологічні навантаження, які перевищують норми, призводять до порушення функціонування окремих органів і серйозних хвороб. Такі “хвороби століття”, як інфаркт, гіпертонія, інсульт, виразкова хвороба та інші, є кінцевим результатом післястресових порушень у нервовій діяльності.

Термін “*стрес*” (від англ. *Stress* – тиск, напруга) запозичений із техніки, де це слово використовується для позначення зовнішньої сили, прикладеної до фізичного об'єкта, та його напруги [7, 75]. Узагалі термін “стрес”, що набув у наші дні такого широкого поширення, уперше був уведений у науковий ужиток щодо технічних об'єктів. У XVII ст. англійський учений Р. Гук застосував цей термін для характеристики об'єктів (наприклад мостів), що випробовують навантаження та чинять опір. Ця історична аналогія цікава тим, що поняття “стрес” у сучасній фізіології, психології, медицині (що базується на клінічних дослідженнях Г. Сельє) включає уявлення про зв'язки стресу з навантаженням на складні системи (біологічні, психологічні, соціально-психологічні) та з опором цьому навантаженню [11].

У психологічному розумінні напруга може бути викликана зовнішніми (наприклад холод, перегрівання) чи внутрішніми (конфлікти, страх за життя) чинниками, величина яких переходить певну межу. Тобто, *стрес* – це психічна й емоційна реакція людини на ситуацію, причому будь-яку ситуацію, як фізичну, так і емоційну. Це індивідуальна реакція, що може відрізнятися від реакції іншої людини. В її

основі лежить ставлення до цієї ситуації, а також думки та почуття. Це душевний стан, який людина формує своїми власними думками. Він пов'язаний із навколишнім середовищем. Але зовнішні фактори лише запускають зовнішню дзеркальну реакцію – особисто-індивідуальну [11].

Відповідно до цих уявлень стрес розглядається як фізіологічний синдром, що складається із сукупності неспецифічно викликаних змін, як неспецифічна реакція організму на вимоги, які пред'являються до нього. Характер цього синдрому відносно незалежний від чинників (стресорів), котрі викликали його, що дало підстави Г. Сельє говорити про загальний адаптаційний синдром. Ще у 30-ті роки Г. Сельє, коли був студентом, помітив, що різні люди у чомусь дуже подібно реагують на різні несподіванки: скажімо, переживаючи тривогу, вони відчувають, як прискорено починає битися серце, стає важко дихати. Ендокринна система захищається проти порушення гомеостазу, виробляючи надактивний адреналін, від якого люди й потерпають, що провокує безсоння та головний біль, виразку шлунка й інфаркт міокарда [10].

Як бачимо, у психології, фізіології цей термін застосовується для позначення великого кола станів людини, що виникають у відповідь на різноманітні екстремальні впливи, а у фізіології термін “стрес” уперше вжив Г. Сельє для позначення неспецифічної реакції організму у відповідь на будь-який несприятливий вплив [7, 75].

Залежно від характеру зовнішніх впливів на сьогодні розрізняють *фізіологічний та психологічний стреси*.

Про фізіологічний стрес можна говорити тоді, коли відбувається негативний вплив на органи і тканини організму. Характерною особливістю фізіологічного стресу є біль. Суб'єктивне відчуття болю – це основна форма участі центральної нервової системи у цьому виді стресу. Фізіологічний стрес є темою детального вивчення медицини і залишається основним предметом уваги наукової школи Г. Сельє [8, 496].

Психологічний (емоційний) стрес – це той різновид континууму стресових станів, які можна віднести до сфери позитивних та негативних почуттів і емоцій. Існує безліч видів та форм прояву психологічного стресу, і всі вони залежать від особистісних якостей людини, від її досвіду, особливостей сприйняття, освіти тощо. Зазвичай психологічний стрес пов'язаний із таким видом психічної напруги, який виникає в людини під впливом загрози чи перешкоди, наприклад:

- емоційні, мотиваційні та інтелектуальні стреси;
- розумове перенавантаження;
- необхідність швидкого пошуку рішень;
- перешкоди на шляху досягнення поставлених цілей;
- невдачі;
- реальна небезпека;
- підвищена відповідальність за роботу, що виконується, то-що [8, 496].

У сучасній науковій літературі термін “*стрес*” використовується принаймні в трьох значеннях [7, 75–76].

По-перше, поняття “стрес” може визначатись як будь-які зовнішні стимули або події, що викликають у людини напругу (“стрес-фактор”).

По-друге, стрес може відноситися до суб’єктивної реакції й у цьому значенні він відбиває внутрішній психічний стан напруги й збудження.

По-третє, стрес може бути фізичною реакцією організму на шкідливий вплив.

Характер стресової реакції завжди пов’язаний зі структурою особистості, яка взаємодіє із зовнішньою ситуацією. Внутріособистісний стрес заслуговує детального розгляду не тільки тому, що на нього мало зверталось уваги, але й у зв’язку з тим, що він може проектуватися на різні життєві події та впливати на поведінку індивіда. Внутріособистісний стрес розподіляють за певними типами, залежно від періодизації переживань:

Минуле:

1. Події життя.
2. Психічні травми в дитинстві.
3. Нерозв’язані конфлікти.

Сьогодення:

1. Криза існування.
2. Емоційна реактивність.
3. Інтерпретативний стрес.
4. Розлад, розчарування.

Майбутнє:

1. Стрес очікування.
2. Страх невизначеності.
3. Страх бідності, хвороби, старості, смерті [6; 11].

Узагальнюючи погляди різних авторів на природу стресу, можна виділити три стадії цього процесу [6].

1. Стадія тривоги виникає з першою появою стресора: порушуються деякі соматичні й вегетативні функції, включаються механізми саморегуляції захисних процесів.

2. Стадія резистентності (опору): відбувається збалансована витрата адаптаційних резервів.

3. Стадія виснаження відбиває порушення механізмів регуляції, зменшення адаптаційних резервів.

Помітною рисою стану стресу є загальне порушення, що охоплює різні рівні функціонування організму. На рівні поведінкових реакцій стан стресу може виявитися у вигляді:

- характерних рисах міміки та жестів;
- наявності напруженості у вигляді мимовільної напруги м'язів, закритості пози, пасивної поведінки;

- наявності особливої рухливості, іноді невмотивованої, нехарактерної для суб'єкта;
- мимовільних рухів очей;
- зміні кольору шкіри (почервоніння, збліднення);
- виражених змінах в артикуляції, в інтонації голосу;
- неадекватних учинках і відповідях на питання;
- порушенні критичності мислення, чіткості вираження думок;
- різкій зміні настрою тощо.

Фізіологічні реакції організму в умовах стресу звичайно реєструються шляхом вимірювання таких показників, як:

- * частота й ритм серцевих скорочень;
- * величина артеріального тиску;
- * показники дихання (з оцінкою його частоти й співвідношень фаз вдиху й видиху);
- * показники температури тіла;
- * зіничний рефлекс;
- * шкірно-гальванічна реакція;
- * величина потовиділення;

* показники електроенцефалограми, електроокулограми, електроміограми.

Як біохімічні показники стану стресу можуть використовуватися, показники аналізу крові, виділення гормонів, складу цукру в крові тощо.

Дотепер немає загальноприйнятого розуміння терміна «психологічний стрес». Звичайно його пов'язують із таким видом психічної напруженості, що виникає в людини під впливом емоційних, мотиваційних та інтелектуальних стресорів (причин, що призводять до стану стресу), тобто в умовах діяльності, пов'язаних зі значними розумовими перевантаженнями, з необхідністю швидкого знаходження рішень, перешкодами, невдачами, реальною небезпекою, підвищеною відповідальністю за виконувану роботу тощо. Отже, можна сказати, що психологічний стрес створюється чинниками, які мають загрозливий або перешкоджаючий характер.

Учені відзначили, що зі всіх видів стресу найнебезпечніший є соціальний, викликаний життєвими обставинами. Втрата супутника життя в 10 разів підвищує небезпеку захворювання раком.

Стрес присутній у житті кожної людини, оскільки наявність стресових імпульсів в усіх сферах людського життя та діяльності безперечна. Важко назвати всі причини стресових розладів, але вчені пропонують таку систематизацію основних **причин**:

- 1) патологічні спадкові фактори;
- 2) особливості особистості;
- 3) вік (юнацький, пізній);
- 4) особливі періоди життя;
- 5) тяжкі “удари долі” (смерть чи розлучення);
- 6) негативні потрясіння;
- 7) стихійні лиха;
- 8) нездатність чи втрата довірливих взаємин зі своїм близьким оточенням;
- 9) низький рівень чи відсутність соціальної підтримки;
- 10) фізичні й емоційні перенапруження на роботі [6].

Велику роль в особливостях сприйняття і реагування на стрес відіграє соціалізація в дитячому віці, коли істотною мірою визначається індивідуальна значущість життєвих подій і формуються стереотипи реагування. Вірогідність виникнення пов'язаних зі стресом психічних (особливо невротичних) розладів залежить від співвідно-

шення стресорів, які впливали на людину в дитинстві та зрілому віці. Виявлено, що для осіб, у яких у зрілому віці під впливом різних життєвих подій виникали такі розлади, у дитинстві були характерні стресові ситуації, зумовлені неадекватною поведінкою матері: її впертість, нетерпимість до чужої думки, завищений рівень домагань, авторитарність, владність, надмірні вимоги до дитини, або, навпаки, образливість, занижений фон настрою, песимізм, невпевненість у собі. Багато життєвих проблем мають коріння в минулому: образи й моральні травми, не вирішені в родині конфлікти з дітьми можуть переслідувати людину багато років. Сором і почуття провини “прив’язують” людину до її минулого. Подавлені негативні спогади й емоції, іноді приглушені алкоголем, є джерелом внутрішньої напруги [6].

Як бачимо, стрес є складовою частиною життя і, як зазначав першовідкривач цього явища – канадський учений Г. Сельє (1982), у помірних дозах він надає життю смаку й аромату. Стрес є природним побічним продуктом будь-якої діяльності, оскільки відбиває нагальну потребу людини в адаптації, пристосуванні до мінливих умов життя. Це завжди напруга захисних сил, мобілізація внутрішніх ресурсів організму, що виникає задля енергетичного забезпечення рішення нових завдань. Тобто усе наше життя так чи інакше пов’язане зі стресами. Умовно їх можна поділити на *три групи*.

До першої належать стреси фізіологічні, без яких ми не можемо існувати (прийняття їжі, реакція на холод, спеку і т. д.).

Друга група – це стреси, котрі допомагають набутти життєвого досвіду, мудрості.

До третьої групи входять стреси, які руйнують психіку людини та призводять до стану депресії [6].

Стрес може бути *гострим* або носити *хронічний* характер. Раніше вважалося, що провокатором стресу можуть бути тільки *екстримальні ситуації*. У цьому випадку ми маємо справу з гострим стресом. Зараз *особливості існування суспільства, зокрема інформаційне перевантаження*, є причиною хронічних форм стресу. У наш час стрес прийняв характер епідемії. Життя нині наповнене внутрішніми агресорами. Криза існування викликає розлад, почуття напруги, страху, приреченості в разі виникнення навіть незначних життєвих незгод. Життя може стати нестерпним, коли велика частина очікувань залишається нездійсненою і мрії не збуваються. Страх із будь-якого приводу може затьмарити радість буття. Коли людина напружена, виникають проблеми, що проявляються в постійних суперечках і

сварках. Внутрішні неспокій та тривога часто підсилюються передчуттями чогось поганого. Тривога, передчуття можуть стимулювати більший стрес, ніж навіть фактична невдача, та спотворити позитивний сенс життя [7, 79].

У той же час окремі стреси допомагають людині боротись із комплексами (страх спілкування, страх виступати перед великою аудиторією тощо), дають можливість зрозуміти, як поводити себе в тій чи іншій ситуації. Та й узагалі життя саме по собі – це великий стрес, що складається з гігантської кількості менших. І ті люди, які не втікають від своїх проблем, а вирішують їх, учаться маневрувати у великому об'ємі всіляких стресових ситуацій. Уміння справлятися зі стресовими ситуаціями допомагає уникати багатьох захворювань, продовжувати життя, позбавляє проблем із психікою у наступних поколіннях. Але так чи інакше більшість усього (якщо не все) залежить тільки від самої людини: її реакція на те, що відбувається, її вчинки і, відповідно, емоційний стан, який вона переживає. Для того, аби зберегти своє психічне й фізичне здоров'я, потрібно знати, що безвихідних ситуацій не буває. Бувають тільки люди, котрі не хочуть змінити себе, своє ставлення до життя і не хочуть вирішувати свої проблеми.

У книзі “Психологія здоров'я: психологія і практика” її автори І. Галецька та Т. Сосновський [4, 20] виділяють сучасну медицину як джерело стресу для пацієнтів. Розвиток інвазійних діагностичних і терапевтичних методів, що потребують використання складної апаратури, прогресуюча бюрокритизація і спеціалізація формують сучасне обличчя медицини, яке окреслюється як її технізація чи дегуманізація. Приміщення, переповнені медичною апаратурою, призначення якої пацієнт не знає і дію якої не розуміє, пробуджують страх та бажання втікти. Деякі сучасні методи лікування викликають у пацієнта почуття загрози чи інші неприємні переживання. Наприклад, гемодіаліз, який робить життя хворого залежним від справності апаратури, чи стомування (використання штучного анусу), що зумовлює чимало проблем, особливо тих, котрі пов'язані з контактами з іншими людьми. Вищезазначені випадки й процедури потребують пристосування в психосоціальній сфері. Для безпосереднього контакту з лікарем, під час якого було б можливо зменшити негативні результати лікування для емоційного стану пацієнта, є щораз менше можливостей. Спеціалізація, що розвивається в медицині, зумовлює тенденцію концентрування на притаманному (з позиції спеціалізації)

інструментарії, а не на хворій людині, а прогресуюча бюрократизація, створює бар'єри, які ускладнюють доступ до лікаря. Користування медичною допомогою стає для хворого (щораз частіше) джерелом стресу, що нагромаджується разом зі стресом, спричиненим хворобою. Її інколи своєю інтенсивністю навіть перевищує його (треба мати добре здоров'я, щоб лікуватися). Описана ситуація є запитом до психологів, від яких представники медицини очікують допомоги в розв'язанні цих проблем.

6.2. Поняття професійного стресу і причини його виникнення

В останні десятиліття відзначається зростаючий інтерес до професійного стресу.

Постійні зміни в економічній, політичній та соціальній сферах держави так чи інакше накладають свій відбиток на різні галузі, які, у свою чергу, також зазнають перетворень. При цьому, як свідчить досвід інших країн, такі явища й процеси сприяють тому, що персонал організацій, а особливо таких, що перебувають під впливом реформ, зазнає великого психологічного навантаження. Як наслідок, у значної кількості працівників організацій виникають ознаки професійного стресу¹.

На сьогодні існує чимало професій, в яких наявність стресу якщо й не є хронічною, то ймовірність його появи досить велика. У цьому змісті не вимагають особливого пояснення професії космонавта, льотчика, авіадиспетчера, оператора атомних електростанцій тощо. Цікаві дані соціологічних досліджень, проведених у Франції. У цій країні до кількості найбільш стресогенних потрапили професії авіадиспетчера, машиніста поїзда, викладача в школі, продавця в супермаркеті, офіціанта. Серед місць служби, найнебезпечніших для життя, на перше місце вийшла фінансова біржа. Виявилось, що інфаркти й інсульты тут у багато разів перевищують аналогічні захворювання в інших професіях. А от за

¹ Соціально-психологічні детермінанти синдрому "Професійного вигорання" у різних сферах діяльності / Л. М. Калініна. "Соціально-педагогічні аспекти збереження та зміцнення здоров'я дітей та молоді в Україні": матеріали Всеукраїнської студ. наук.-практ. конф. (12–13 квіт. 2007 р.).– Мелітополь, 2007.– С. 30–37.

оцінками психологів і соціологів США рейтинг професій, тісно пов'язаних із ситуаціями стресу, виглядає так: президент країни, водій таксі, пожежник, менеджер, автогонщик тощо.

Одна з характерних прикмет теперішнього часу полягає в необхідності виконувати професійні обов'язки в екстремальних умовах, у стані підвищеної психічної напруженості. Робота в умовах стресу являє собою серйозне випробування фізичного й психічного здоров'я фахівця, критичну перевірку ступеня його професійної придатності.

Основним чинником, що викликає стрес, є *професійна діяльність*. Це можуть бути:

1. Низький статус, маленька зарплата, погані перспективи службового росту. Деякі люди працюють там, де в них невисока зарплата, але вони почувають себе потрібними, і це компенсує їм недостатньо високий оклад. Згідно із дослідженнями Р. Ділтса, який вивчав психологічні особливості геніїв, така позиція була, наприклад, у Леонардо да Вінчі — великого італійського художника й ученого епохи Відродження, автора знаменитої картини «Джоконда». Коли художник вивчав анатомію, то говорив, що його «мета - робити чудеса», навіть якщо це й означає, що він буде «мати менше спокою в житті», ніж інші, і йому «довгий час доведеться злиденно жити».

Важче становище в людей, які хочуть мати не тільки високу зарплату, але й роботу яка їх задовольняє.

2. Понаднормові й невідповідні години роботи.

3. Організаційні проблеми, коли ви змушені працювати не тільки за себе, але й ще за когось, особливо якщо це пов'язане з дефіцитом часу.

4. Невизначеність.

5. Небезпека.

6. Нечітко визначені рольові обов'язки.

7. Часті конфлікти з керівником, колегами¹.

Таблиця 2.3. СІ ресори професійної діяльності

Ст	Характеристика
----	----------------

	<p>Організація й зміст трудової діяльності</p>	<p>* умови праці; * надмірне перевантаження, напружена психічна діяльність або явне недовантаження в обсязі виконуваної роботи; * одноманітність виконуваної роботи; * зміна тривалості або умов праці; * незручні години роботи; несприятливий вплив чинників фізичного середовища (температура, шум, вібрація, вологість, киснева недостатність, голод, спрага, вплив перевантажень і т.д.); * раптове або систематичне відволікання уваги (несподіваний подразник або постійний вплив перешкод, як наслідок - розвиток завчасної втоми); * труднощі виконуваної діяльності, у тому числі дефіцит або неповнота інформації, дефіцит часу, підвищені вимоги до безпомилковості й швидкості дій; * позмінна робота; * якість устаткування; * небезпека для життя й здоров'я, ризик; * новизна, реорганізація на роботі; * підвищена відповідальність; * стурбованість про наслідки помилкових дій, страх зробити помилку; * несприятливий функціональний стан організму в процесі виконання діяльності; * порушення біологічних ритмів (у тому числі порушення сну); * необхідність приймати занадто багато рішень.</p>
	<p>Професійна кар'єра</p>	<p>• проблема статусу; • незадовільні перспективи просування по службі; • нечітко обкреслене коло обов'язків і прав, відповідних посаді; • зміна службових обов'язків; • перспектива скорочення (звільнення, безробіття) або завчасного виходу на пенсію; • фрустрація через досягнення межі своєї кар'єри; • почуття «заручника» виконуваної роботи (професійний «капкан»): нічого кращого не знайти; • недостатність необхідних професійних знань і вмінь; • несправджені надії; • перехід на іншу роботу.</p>
	<p>Оплата праці</p>	<p>• відсутність чіткості в оплаті праці; • переживання невідповідності між витратами сил на виконувану роботу і її оплатою; • нерівна оплата праці.</p>

Взаємини на роботі	<ul style="list-style-type: none"> • неприємності (конфлікт) із керівником; • погане керівництво; • взаємини з колегами по роботі; • обмеження волі поведінки, інтриги; • ізоляція в робочій групі.
По заорганізаційні	<ul style="list-style-type: none"> • проблеми в родині; • життєві кризи; • фінансові проблеми; • конфлікти особистісних цінностей із цінностями, декларованими організацією.

Практичний досвід професійної діяльності переконливо свідчить, що найістотніший вплив на характер розвитку стресу, глибину й наслідки його переживання мають індивідуальні особливості особистості. Деякі з них, забезпечують стресо-стійкість працівника, підсилюючи його можливості в протидії стресогенним чинникам. Серед головних психологічних властивостей, що сприяють пристосуванню до стресу, його подоланню, можна назвати *оптимізм, почуття гумору, вольові якості, доброзичливість, самоповага*.

Професійна діяльність людини може бути ускладнена під впливом різних стресорів. Опираючись на доступні літературні джерела, спробуємо дати класифікацію найбільш типових, розповсюджених у професійній діяльності стресорів (див. табл.

Розвиток стресу на робочому місці є важливою проблемою у зв'язку з його впливом на працездатність і в кінцевому результаті – на стан психічного здоров'я. Ряд робочих стресів, таких як рольова невизначеність, конфлікти, недостатній контроль, робоче перевантаження й інші, зазвичай пов'язані з психічною напругою та несприятливими поведінковими наслідками.

Формування концепції професійного стресу знайшло свій відбиток у цілій низці його теорій і моделей, які істотно різняться між собою, хоча, у той же час, чимось одна одну доповнюють і розвивають:

- теорія “особистісного фактора” Л. П. Грімака та В. О. Пономаренка;
- теорія інформаційного стресу В. О. Бодрова;
- теорія особистісного контролю J. R. Averill; модель регуляції енергії A. W. Gaillard;
- когнітивно-енергетична теорія професійного стресу A. F. Sanders, C. D. Wickens та I. M. Frach;
- теорія змінної активації стану (VSAT);

- функціональна модель професійного стресу R. A. Karasek;
- моделі професійного стресу Р. Хокки та П. Хамільтона; J. French та R. Harrison і ін.)¹.

На сьогодні у психологічній науці склалося три основних підходи до аналізу професійного стресу:

- у межах першого підходу основна увага приділяється детермінантам виникнення стресу та його наслідкам для здоров'я і праці;
- дослідження професійного стресу в межах другого підходу здійснюються через вивчення суб'єктивної значущості ситуації, в якій діє людина, і тих стратегій поведінки, за допомогою яких ця людина намагається подолати труднощі;
- дослідження в межах третього підходу спрямовані на деталізацію уявлень про зміну механізмів регуляції діяльності під впливом різних чинників, а також оцінки їх “ціни” із погляду внутрішніх витрат².

Узагальнена модель професійного стресу виглядає таким чином (рис. 6.2.1) [7, 76].

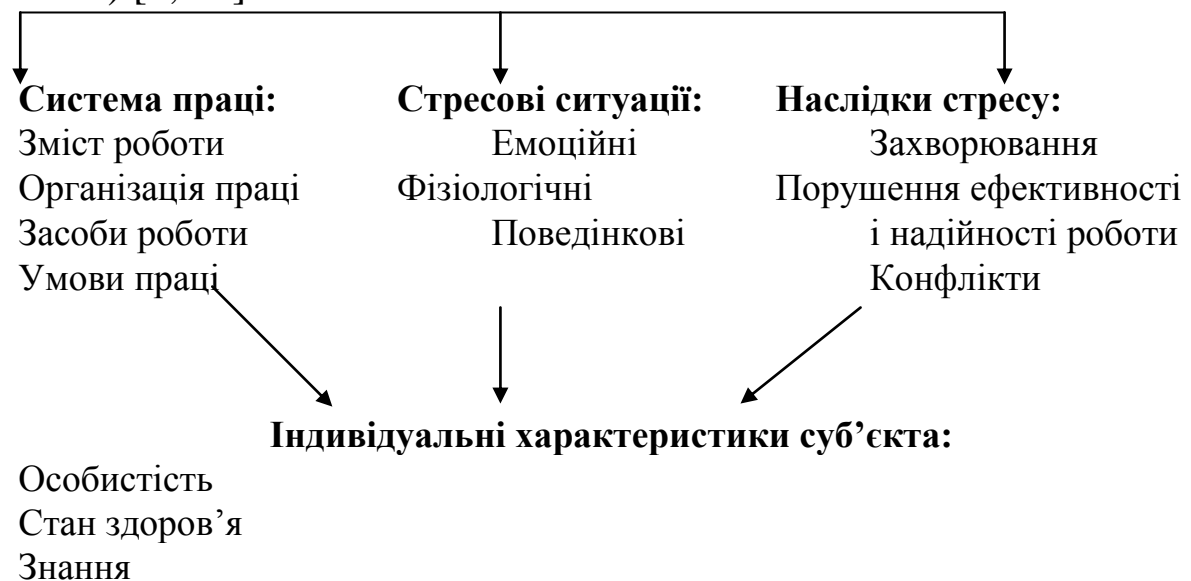


Рис. 6.2.1. Модель професійного стресу

Виникнення стресу визначається впливом на людину екстремальних факторів, пов'язаних зі змістом, умовами й

¹ Професійний стрес працівників органів внутрішніх справ України (концептуалізація, прогнозування, діагностика та корекція) 2003 року: Автореф. дис... д-ра психол. наук: 19.00.06 / О. В. Тімченко; Нац. ун-т внутр. справ.– Х., 2003.

² Там само.

організацією діяльності. Для розвитку професійного стресу важливим фактором є:

- суб'єктивна (особистісна) значимість ситуації,
- наявність готовності й можливості її подолання,
- здатність вибору раціональної стратегії поведінки [7, 77].

Одним із можливих проявів професійного стресу є розвиток синдрому *психічного виснаження*. Такий стан одержав назву “вигорання” (burnout – у перекладі з англійської – синдром вигорання). Це поняття ввів американський психіатр Х. Фрейденбергер у 1974 році для характеристики психічного стану здорових людей, які інтенсивно спілкуються з клієнтами, пацієнтами, постійно перебувають в емоційно навантаженій атмосфері під час надання професійної допомоги. Це люди, які працюють у системі “людина – людина”¹.

Вітчизняні та зарубіжні дослідники (К. Масlach, В. Е. Орел, Б. Перлман, Х. Фрейденбергер і т. д.) указують на те, що фахівці, які працюють у згаданій системі, змушені постійно стикатися з негативними емоційними переживаннями своїх клієнтів (пацієнтів, вихованців і т. д.), а тому мимоволі стають залученими до цих переживань, через що й зазнають підвищеного емоційного напруження². Воно проявляється в:

- емоційному виснаженні;
- деперсоналізації;
- різкому зниженні трудових досягнень;
- конфліктності.

Існують різні визначення “вигорання”, однак у найбільш загальному вигляді воно розглядається як довгострокова стресова реакція чи синдром, що виникає внаслідок тривалих професійних стресів середньої інтенсивності. У зв'язку з цим синдром психічного вигорання позначається деякими авторами (К. Масlach) як “професійне вигорання”, що дає змогу розглядати це явище в аспекті особистої деформації професіонала під впливом професійних стресів³.

¹ Синдром “професійного вигорання” та професійна кар'єра працівників освітніх організацій / Під ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки, Т. В. Зайчикової. – К.: Міленіум, 2004. – 264 с.

² Психология менеджмента: Учеб. для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2004. – 639 с.

³ Психология менеджмента: Учеб. для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2004. – 639 с.

Різновидом професійного стресу є *інформаційний*. Причини його виникнення зв'язані із впливом факторів робочого процесу, а також із впливом організаційних, соціальних, екологічних і технічних особливостей діяльності. В основі інформаційного стресу лежать порушення інформаційно-когнітивних процесів регуляції діяльності, тобто всі життєві події, що супроводжуються психічною напруженістю, можуть бути джерелом інформаційного стресу. Отже, розвиток інформаційного стресу зв'язаний не лише з особливостями робочого процесу, а й із різними подіями в житті людини, з різними сферами її діяльності, спілкування.

Області стресу в *повсякденному житті* представлені на наступній схемі (рис. 6.2.2):

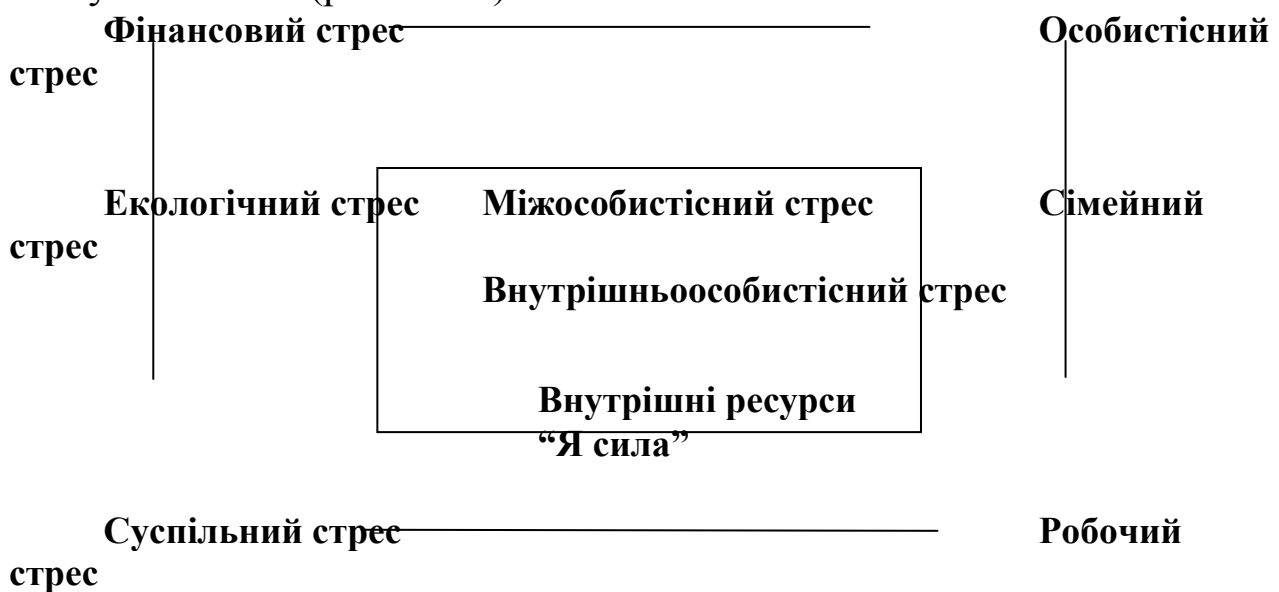


Рис. 6.2.2. *Області стресу в повсякденному житті людини*

У внутрішньому квадраті позначена суть нашого існування (*"Я-сила"*) – психічна енергія, внутрішні ресурси. Саме вона дає змогу людині переборювати кризи життя. Зниження ресурсу сприяє підвищенню вразливості до різних розладів: тривоги, страху, розпачу, депресії [7, 77].

Наступна область – *внутрішньоособистісний стрес*. Це своєрідна відцентрова сила, що впливає на всі сфери нашого життя. Якщо ми не перебуваємо в злагоді із самим собою, то наше внутрішнє сумління, переживання проявляються також у негативному ставленні до світу. У цю категорію стресу входять такі події, що не задовольнили очікування, так само, як і нереалізовані потреби, безглуздість і безцільність учинків, хворобливі спогади, неадекватність оцінки подій і тощо [7, 78].

Область *міжособистісного стресу* взаємодіє з певними областями життя, що впливають на наше сприйняття, переживання, ставлення до подій і явищ зовнішнього світу [7, 78].

Особистісний стрес стосується того, що робить людина і що з нею відбувається, коли вона не виконує або порушує певні накази, розпорядження, ролі (соціальні, сімейні). Він проявляється у зв'язку з такими явищами, як порушення здоров'я, погані звички, нудьга, зневіра, старіння [7, 77].

Робочий стрес зазвичай пов'язаний із важким робочим навантаженням, невизначеністю ролі, несправедливою оцінкою праці, поганою її організацією [7, 78].

Суспільний стрес належить до проблем, що випробовують великі групи людей: економічний спад, бідність, банкрутство тощо.

Екологічний стрес обумовлений несприятливим впливом навколишнього середовища: забруднення води, повітря; недоброзичливі сусіди, штовханина, шум і т. п.

Фінансовий стрес навряд чи потребує роз'яснень: неспроможність сплати рахунків, невідповідність зарплати вкладеній праці, труднощі в повернення боргів і т. п. [7, 78].

За даними виділено 37 робочих або організаційних характеристик, що можуть бути стресорами. Вони розділилися на шість категорій¹:

- 1) професійні вимоги і характеристики поставлених завдань;
- 2) рольові вимоги або очікування;
- 3) організаційні вимоги;
- 4) зовнішні вимоги або умови;
- 5) стрес можливості (можливість щось мати);
- 6) стрес обмеження в досягненні (чогось бажаного) [7, 79].

Внутрішньоорганізаційні умови діяльності (організаційне середовище) можуть позитивно або негативно впливати на здоров'я членів організації. Умовно цей вплив включає в себе такі три групи факторів:

– фактори фізичного середовища і/або фізичних умов діяльності. Ці фактори передусім пов'язані із технічною стороною діяльності організації. Сюди належать шум, вібрації, температура, швидкість руху і забрудненість повітря, контакт з агресивними

¹ Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление.— М.: Речь, 2006.— 523 с.

середовищами або хвороботворними біологічними агентами, інформаційні потоки, трудовий режим, напруга м'язів, робоча поза, монотонність;

- фактори організаційного функціонування. Це вид організаційної структури, функціонування каналів організаційної комунікації, система заохочення та покарання (мотивування) персоналу, можливість професійного росту, тип керівництва;

- фактори міжособистісних відносин працівників. Міжособистісні стосунки в організаціях створюють їх неформальну структуру. Інтегральною характеристикою неформальної структури виступає організаційний (соціально-психологічний) клімат. На його формування впливають такі характеристики “людської підсистеми” організації, як стилі лідерства, конфліктність, згуртованість і спрацьованість у первинних виробничих групах, задоволеність роботою тощо.

Вплив усіх трьох названих груп факторів організаційного середовища створює певний рівень внутрішньоорганізаційного стресу. Однак основний шкідливий вплив на здоров'я членів організації здійснює позаорганізаційний (екстраорганізаційний) стрес, головним джерелом якого стають зміни у зовнішньому середовищі (науково-технічне, економічне, соціально-політичне). Здатність адаптуватися до змін у середовищі дає змогу знизити рівень шкідливого впливу позаорганізаційного стресу на співробітників, в той час як нездатність організації адаптуватися до змін виступає як наслідок організаційної патології.

Організаційна патологія – “хвороби”, пов’язані з організаційним функціонуванням. До них належать:

- структура організації, що є неадекватною до завдань її діяльності, особливо невизначеність функціональних обов’язків членів організації, дублювання функцій, наявність непотрібних та відсутність необхідних структурних підрозділів, невизначеність у взаєминах керівник-підлеглий;

- блокування чи порушення функціонування каналів формальної комунікації із заміщенням їх функцій каналами неформальної комунікації з поширенням по них пліток та слухів;

- неадекватна, часто несправедлива в очах працівників система заохочень та покарань, коли вона починає виконувати, по суті, демотивуючі функції;

- відсутність відкритих механізмів професійної кар'єри, коли вона стає предметом інтриг;
- бюрократичний тип керівництва, зосереджений на формальній стороні процесу управління, який шкодить результатам діяльності;
- байдужість до життєвих інтересів та потреб працівників;
- створення перешкод – “організаційних бар'єрів” – для розробки та впровадження корисних для організації інновацій.

Із точки зору одного із провідних теоретиків організацій ХХ століття К. Арджириса¹, здоров'я організації – основна детермінанта здоров'я людей в організації. Показником здоров'я людей в організації є захворюваність із тимчасовою втратою працездатності (страхова захворюваність). Важливе місце серед показників захворюваності займають професійні захворювання та індустріальні неврози. Про стан організації свідчать також показники виробничого травматизму, прогулів, запізнь, алкоголізації та наркотизації, особливо на робочих місцях.

Серед професій, що мають високий ризик виникнення професійного стресу, перебувають професії медичної сестри та продавця-консультанта. Це обумовлено низкою соціально-економічних та соціально-психологічних чинників².

По-перше, складні соціально-економічні умови в Україні унеможливають фінансування названих галузей у повному обсязі, що позначається на матеріальному становищі та здійсненні успішної професійної кар'єри.

По-друге, істотним стресогенним фактором є психологічні й фізичні перевантаження робітників, які працюють у системі “людина – людина”.

¹ Кріс Арджирис – психолог із Гарвардської школи бізнесу. Дослідив більше 6 тис. керівників і адміністраторів різних країн. Виявив, що основною поведінкою досліджуваних у ситуаціях непорозуміннь є захисна поведінка. Захисна поведінка проявляється серед організацій у кожній країні, незалежно від того, яка в ній культура, сфера діяльності чи розмір групи.

К. Арджирис є одним із засновників гуманістичного напряму менеджменту. Займався розробкою моделей інтелектуального навчання, які б заміняли стандартні процедури трудових операцій. Поглибив концепцію організаційної поведінки.

² Островская И. В. Синдром “професіонального вигорання” у сестринського персонала // Медицинская сестра. – 2004. – № 2. – С. 32–37.

По-третє, провокує підвищення професійних стресів та негативно впливає на умови праці також фемінізація названих сфер діяльності. Це негативно позначається на морально-психологічному кліматі колективів, дисгармонізує стосунки між працівниками та клієнтами (пацієнтами), погіршує їх психологічне самопочуття¹.

Актуальність вивчення професійних стресів й технологій їх подолання зумовлена не тільки їх негативним впливом на ефективність праці, але й тим, що вони впливають на все життя людини, змінюючи його психічне та соматичне становище, що призводить до втрати здоров'я, психологічних проблем та особистісних змін².

У загальний комплекс заходів щодо зміцнення стресо-стійкості працівників зазвичай входять питання *ефективного психологічного добору персоналу, його належної професійної підготовки, наукової організації умов праці й відпочинку*. Однак дедалі більшого визнання набуває точка зору, згідно з якою боротьба зі стресом повинна здійснюватися не тільки на груповому, але й на індивідуальному рівні.

У зв'язку із цим порівняно недавно стали приділяти увагу розробці різних видів програм, семінарів, тренінгів з керування стресом. Акцент робиться на формуванні відповідних умінь і навичок самовпливу з метою запобігання розвитку стресу, попередження тривожних станів і психічної напруги. Поряд із програмами з підвищення ступеня фізичної тренуваності найчастіше розвиток стресоустійкості досягається за допомогою різних методів психічної саморегуляції, в тому числі аутогенного тренування, біологічного зворотного зв'язку, медитації тощо.

6.3. Особливості поведінкових реакцій людини у стресових ситуаціях

Зміна поведінки в стресовій ситуації є більш інтегральним показником характеру відповіді на вплив, ніж окремі фізіологічні параметри. Частіше домінує форма поведінки з підвищенням збудження, що проявляється:

¹ Форманюк Т. В. Синдром “емоціонального сгорання” как показатель профессиональной дезадаптации учителя // *Вопр. психологии.*— 1994.— № 6.— С. 69–71.

² Орел В. Е. Феномен выгорания в зарубежной психологии: Эмпирические исследования и перспективы // *Психол. журн.*— 2001.— Т. 22.— № 1.— С. 90–101.

- у дезорганізації поведінки;
- у втраті раніше набутих реакцій,
- у появі тремору;
- у порушенні психомоторної координації [7, 80].

У стресових ситуаціях явно страждають:

- якість сприйняття;
- переключення і розподіл уваги;
- складні форми цілеспрямованої діяльності, її планування й

оцінка.

Поведінкові реакції у відповідь на стресові впливи розділяються на дві загальні форми змін поведінкової активності: активно-емоційне й пасивно-емоційне реагування [7, 80].

Активне реагування спрямоване на вираження екстремального фактора (агресія або втеча), а *пасивне реагування* спрямоване на його переживання (зменшення рухової активності, заціпеніння, ступор).

Адекватність стратегій поведінки у стресових ситуаціях обумовлюється адаптивними можливостями особистості, особливостями сприйняття та оцінки нею вагомої для неї ситуації. Визначальним фактором у структурі суб'єктивного простору відображення ситуації, на думку Л. В. Виноградової (1995), є суб'єктивне відчуття контролю, що характеризується виразністю взаємозалежного, цілісного “бачення” аспектів ситуації, стійкістю в подоланні емоційно важкої життєвої ситуації¹. Специфічність реагування під час стресу обумовлюється не тільки зовнішньою стимуляцією, а й психічними особливостями суб'єкта. Зупинимося на обговоренні трьох їх характеристик: локусу-контролю, психологічної витривалості (стійкості) та самооцінки [7, 80–81].

1. Локус-контроль визначає, наскільки ефективно людина може контролювати навколишнє оточення і володіти ним. Екстернали бачать більшість подій як результат випадковості, що не підвладна людині. Інтернали, навпаки, вважають, що все продумане людиною. Вони, володіючи ефективнішою когнітивною системою, велику частину своєї енергії витрачають на одержання інформації, що дає змогу адекватно реагувати на значимі події й успішно справлятися зі стресовими ситуаціями.

¹ Максименко С. Д., Шевченко Н. Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим: Навч. посіб.— К.: Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України; Ніжин: Міланік, 2007.— 115 с.— С. 6.

Виділяють **три основних типи особистісного контролю**:

- поведінковий, який визначає напрями дій;
- когнітивний, котрий відбиває власну інтерпретацію подій (трактування);
- контроль рішучості, що визначає процедуру вибору способу дії.

Кожний із типів контролю пов'язаний зі стресом комплексно, залежно від особливостей особистості. Є люди, котрі виділяються життєрадісністю та незворушністю – стрес майже не впливає на їхні дії і почуття, вони витриваліші, стійкіші до хвороб.

2. Витривалість визначають три основні характеристики: контроль, самооцінка, критичність. У цілому психологічна витривалість сприяє зниженню стресу і формуванню здорових установок. Невитривалі люди схильні розцінювати більшість подій як негативні й небажані, що вимагають від них непосильної пристосовності, а це, у свою чергу, призводить до важкого стресу, що перебуває на межі зриву здоров'я.

3. Поняття самооцінки часто використовується для того, щоб пояснити почуття позитивного аналізу й самоконтролю. Зв'язок самооцінки і стресу є комплексним. Якщо люди оцінюють себе досить високо, малоймовірно, що вони будуть реагувати або інтерпретувати багато подій як емоційно важкі або стресові. Крім того, якщо стрес виникає, вони з ним справляються краще, ніж особи із заниженою самооцінкою. Труднощі стресу в людей із низькою самооцінкою виходять із двох видів негативного самосприйняття:

- по-перше, люди з низькою самооцінкою мають більш високий рівень страху або тривожності;
- по-друге, люди з такою самооцінкою сприймають себе не здатними протистояти погрозі. Вони менш енергійні в прийнятті рішень, мають фатальні переконання, що нічого не можуть зробити для запобігання поганим наслідкам, намагаються уникати труднощів, тому що переконані, що не справляться з ними.

Стресові ситуації супроводжуються цілісним реагуванням особистості та приводять до помітної зміни її стану. Але ситуації неоднакові – і на поведінкові реакції людини й психічне здоров'я вони впливають по-різному:

1. Ситуації тривалої психічної напруги приводять до стомлення систем адаптації організму і, як наслідок, вимагають постійних переключень та необхідності постійно себе стримувати.

2. Ситуації підвищеної відповідальності призводять до відчуття незавершення, внутрішньої тривожності та наближення до “нервового зриву”.

3. Ситуації, що викликають почуття розчарування й невдоволення собою з переважанням зниженого настрою, коли оточення починає сприйматись як одноманітне, нудне, обридле.

4. Ситуації, коли не забезпечуються потреби особистості та немає повноти переживання при зовнішньому благополуччі.

Кожна з цих ситуацій у разі значної тривалості або повторюваності є стресовою і може дезорганізувати діяльність та змінити психічне самопочуття [7, 81–82].

Перебуваючи у стані стресу, людина або знаходить рівновагу в ситуації, що склалась, і стрес не дає ніяких наслідків, або не адаптується до неї. Як наслідок цього можуть виникнути різні стани, а саме: фрустрація, агресія, тривожність тощо.

Фрустрація (з латинського – обман, невдача, марне сподівання) – стан пригніченості, тривоги, який виникає у людини в результаті неможливості виконання або досягнення мети. К. К. Платонов визначає поняття фрустрації, як “...психічний стан дезорганізації свідомості та діяльності особистості, який викликаний об’єктивно не переборними і не виправданими перешкодами до бажаної мети. Фрустрації, які повторюються дуже часто, призводять до формування негативних рис характеру:

- агресивності;
- підвищеної тривожності;
- дратівливості тощо” [1].

Фрустрація найчастіше розглядається як явище, яке завдає шкоди людині. Рівень фрустрації залежить від:

- сили, інтенсивності фрустратора,
- функціонального стану людини, яка потрапила у фрустраційну ситуацію,
- від стійких форм емоційного реагування людини на життєві труднощі.

Поведінка людини у стані фрустрації може бути різноманітною і залежить від багатьох факторів:

- вікових особливостей;
- особистісних якостей;
- сили фрустратора тощо [1].

У фрустраційних ситуаціях перебувають майже 80 % людей. Якщо людина довгий час не виходить із фрустраційного стану, то формується невроз – хвороба, яка виникає внаслідок конфлікту людини з навколишнім середовищем на підставі сутичок бажань людини та дійсності, яка її не задовольняє. Найрозповсюдженими станами людини під час фрустраційних ситуацій вважають агресію і тривожність¹.

Агресія – це індивідуальна або колективна поведінка, дія, спрямована на завдання фізичної або психічної шкоди, або на знищення іншої людини, або групи людей². Агресія виникає як реакція суб'єкта на фрустрацію і супроводжується емоційними станами гніву, ворожості, ненависті. Умовно можна виділити низку різновидів поведінки з точки зору агресивності:

- антиагресивність (негативне ставлення до різноманітних агресивних проявів людини);
- інтенсивна агресія, мотивована задоволенням, яке одержує людина від виконання умовно-агресивної діяльності (гри, змагання), яка не має на меті завдання шкоди;
- агресивність недиференційована (помірний прояв агресії, який виражається в роздратованості, грубості, нестриманості);
- імпульсивна агресивність (проявляється як безпосередня реакція на ситуацію конфлікту. Людина може застосовувати як вербальний, так і фізичний способи агресії);
- умовна агресія, пов'язана із самоствердженням;
- агресивність ворожа, яка характеризується цілеспрямованим наміром нанесення ушкоджень іншому;
- інструментальна агресія (використовується для досягнення будь-якої значної мети);
- жорстока агресія (агресивні дії відрізняються підвищеною жорстокістю та особливою злістю);
- психологічна агресія (жорстка та безглузда агресія (агресивний психопат, “маніяк убивця”);
- агресія за мотивом групової солідарності (бажання ствердити себе в очах своєї групи, показати свою силу...)³.

¹ Прохоров А. О. Психические состояния и их функции. – Казань: Изд-во Казанского ун-та, 1994. – 168 с.

² Осницкий А. К. Психологический анализ агрессивных проявлений // Вопр. психологии. – 1994. – № 6.

³ Румянцева Т. Г. Агрессия и контроль // Вопр. психологии. – 1992. – № 5–6.

Тривожність – наступний стан людини під час зіткнення із фрустраційними ситуаціями. Це схильність індивіда до переживання тривоги. Тривога – емоційний стан, який виникає в ситуаціях невизначеної небезпеки та проявляється в очікуванні неблагополучного розвитку подій. Основною емоцією в суб'єктивному переживанні тривоги є страх, але можуть виникати ще й провина, печаль, невпевненість у собі, безсилля перед зовнішніми факторами, перебільшення їх загрозливого характеру. Але тривожність не є первісною негативною рисою. Певний рівень тривожності – це природна й обов'язкова особливість активності особистості¹.

У людини тривога пов'язана з очікуванням невдач у соціальних взаємодіях і найчастіше зумовлена тим, що людина не усвідомлює джерело безпеки. Вона може виявлятися у вигляді невпевненості в собі, безсилля перед зовнішніми факторами, перебільшення їх погрозового характеру. Але тривожність не є первісною негативною рисою. Певний рівень тривожності – це природна й обов'язкова особливість активності особистості².

Отже, поведінкові реакції людини у стресових ситуаціях мають фізіологічні, психологічні, особистісні й медичні ознаки.

Фізіологічні ознаки: швидше дихання, частий пульс, почервоніння або зблідніння шкіри, збільшення адреналіну в крові, пітніння.

Психологічні ознаки: зміна динаміки психічних функцій, найчастіше – сповільнення розумових операцій, розсіювання уваги, ослаблення функції пам'яті, зменшення сенсорної чутливості, гальмування процесу прийняття рішень.

Особистісні ознаки: повне придушення волі, зниження самоконтролю, пасивність і стереотипність поведінки, нездатність до творчих рішень, підвищена сугестивність, страх, тривожність, невмотивоване занепокоєння.

Медичні ознаки: підвищена нервозність, наявність істеричних реакцій, непритомності, афекти, головні болі, безсоння.

Зустрівшись зі стресовою ситуацією (або сприйнявши її такою), людина переживає різке зростання емоційної напруги. Вона боїться, що не справиться з цією ситуацією, що остання завдасть їй шкоди. У

¹ Дикая Л. Г., Махнач А. В. Отношение человека к неблагоприятным жизненным событиям и факторы его формирования // ПЖ. – 1996. – № 3. – С. 137–148.

² Дикая Л. Г. Психическая саморегуляция функционального состояния человека (системно-деятельностный подход). – М.: Ин-т психологии РАН, 2003. – 318 с.

результаті в людини з'являється стан тривоги. Емоційне порушення росте і починає заважати виконанню тієї діяльності, якою людина була зайнята. Діяльність дезорганізується: з'являються помилки, збільшується час виконання окремих дій, порушується процес планування й оцінки діяльності. Усе це викликає негативні емоції, додає занепокоєння, викликає невпевність у своїх силах, знижує самооцінку. Як наслідок, росте стан напруги, що призводить до ще більших помилок і дефектів діяльності. Виходить замкнуте коло “втягування” людини в стрес.

Намагаючись перебороти його, часто допускаються помилки. Найчастіше помилка полягає в тому, що приділяється надто багато зусиль для вирішення незначної проблеми й у результаті викликається мимовільне збільшення емоційної напруги. Друга помилка – зосередження на відсутності успіху, страху допустити помилки. Плідним є запам'ятовування своїх досягнень, а не невдач. Не можна будувати життя на невдачах. Кращим варіантом є концентрація на своїх досягненнях, не боячись, любити і хвалити себе, – цього багато не буває.

Важливим є звернення до активних способів підвищення загальної стійкості людського організму. Їх можна спробувати розділити на три групи:

- перша група включає способи, що використовують фізичні фактори впливу (фізична культура, загартовування організму і т. д.);
- друга група – аутогенне тренування, психотерапія, навіювання;
- третя група способів підвищення загальної стійкості організму пов'язана з біологічно активними речовинами.

Оптимальний спосіб рятунку від тривалого стресу – цілком розв'язати конфлікт, усунути розбіжності, помиритися, зуміти взяти користь або ж щось позитивне навіть з невдачі. Один із кращих способів заспокоєння – це спілкування з близькою людиною, переключення на цікаву тему, пошук позитивного вирішення ситуації, що склалась. Іноді корисно дати собі посилене фізичне навантаження.

Ще один важливий спосіб зняття психічної напруги – це активізація почуття гумору. Сміх приводить до падіння тривожності, релаксації м'язів, нормалізації серцебиття.

Виразність проявів стресу залежить від ставлення суб'єкт стрес-фактора, від його суб'єктивної значимості, суб'єктивної імовірності. Індивідуальна виразність стресу, зокрема його несприятл:

проявів, у більшому ступені залежить від усвідомлення люди своєї відповідальності за себе, за оточуючих, за все, що відбувається в екстремальних умовах, від психологічної установки на ту чи іншу свою роль. Л.А.Китаєв-Смик виділяє такі три типи відносин людини до самої себе при стресі:

Перший тип — відношення людини до себе як до «жертви екстремальної ситуації, вона підсилює дистрес.

Другий тип поєднує ставлення людини до себе як до «жертви зі ставленням до себе як до «цінності», довіреної собі ж.

Третій тип поєднує два перших типи ставлення до себе відповідно до уявлень про переживання стресу у себе і в інших людях, які також піддаються екстремальним впливам. Це ставлення до себе як до одного з людей.

Емоційний стрес поділяють на *емоційне порушення, напругу і напруженість*. При цьому порушення розглядають як стан, що характеризується активацією різних функцій організму у відповідь на дію емоціогенних факторів. Емоційне порушення не пов'язане з якою-небудь активною або вольовою дією. Емоційна напруга - *це* стан, що характеризується активізацією різних функцій у зв'язку з активними вольовими актами, цілеспрямованою діяльністю чи підготовкою до неї, чеканням якої-небудь діяльності або небезпеки.

Емоційна напруженість - це стан, що характеризується таким ступенем емоційних реакцій, що обумовлює тимчасове зниження стійкості психічних процесів і працездатності. Серед різноманітних варіантів розуміння напруженості найбільш розроблене поняття «психічна напруженість», яке характеризує особливості поведінки в стресогенних ситуаціях.

За Н.І.Наєнко, стан психічної напруженості виникає при виконанні людиною продуктивної діяльності у важких умовах і впливає на ефективність. За типом впливу на ефективність діяльності Н.І.Наєнко виділяє *операційну й емоційну напруженість*. Операційна напруженість виникає при актуалізації процесуальних мотивів діяльності. У цьому стані відбувається зближення об'єктивного значення діяльності та її особистісний зміст для людини, її потреби, інтереси і прагнення спрямовані на зміст і процес діяльності, що сприяє збереженню високого рівня ефективності, і

Дуже часто експериментальні дані суперечливі, що пов'язано як з недостатньою теоретичною базою дослідження, так і з труднощами визначення рівня психічної напруженості і особливим зіставленням її в різних експериментах, проведених по різних методиках. Значна кількість робіт присвячена залежності впливу психічної напруженості від властивостей нервової системи і темпераменту. Підкреслюється, що вплив психічної напруженості на хід діяльності залежить від таких типологічних властивостей, як сила і слабкість. В.Д.Небиліцин підкреслював, що «інертний», «слабкий», «рухливий», «сильний» - це типи, що характеризують різні способи рівноваги організму із середовищем, а не різні ступені удосконалення нервової системи, тобто кожна властивість нервової системи є динамічною єдністю протилежних проявів з погляду життєвих цінностей. Поряд з цим В.Д.Небиліцин визначив, що *«очевидно набагато більше значення для характеристики властивостей нервової системи індивіда можуть мати особливості його поведінки не в звичайних життєвих, а в особливих екстремальних ситуаціях, коли роль навичок,*

219

умінь, досвіду тощо значно зменшується, а роль уроджених факторів ~ природної організації функцій нервової системи ~ істотно зростає». З погляду В.Д.Небиліцина: «у цілому можна очевидно прийняти, що високий рівень «сили» нервової системи є фактором, що перешкоджає розвитку стресових станів»,

Але В.І.Рождественська показала, що зниження працездатності при стресі від стомлення при тривалій монотонній діяльності виникає в людей зі слабкою нервовою системою не раніше, ніж в осіб із сильною. Тобто у випадку коли стресором виступає тривалий вплив монотонних сигналів, особи з сильною нервовою системою більше схильні до стресових станів.

Такі змінні, як мотивація, вольова активність, відношення до себе, тренуваність, психологічна підготовка до діяльності також виділяють при розгляді факторів, що можуть впливати на протікання стресу. Погіршення діяльності в умовах психічної напруженості може бути наслідком ослаблення вольової активності, зниження сприйняття до зовнішніх мотивів діяльності як наслідку «заглибленості в себе», тобто *стресової інтерналізації особистості*. Вплив сили мо-

тивації на працездатність в умовах стресу цікаво показано в Я.Рейковського. Він стверджує, що психічна напруженість буде призводити чи не призводити до порушення діяльності в залежності від сили мотивації, тобто від того, яким буде акумулятивний ефект порушення, що викликано актуалізацією мотивації і стресових факторів. Сила мотивації, за Я.Рейковським, залежить як від ситуації, так і від особистісних особливостей, що визначають рівень постійної мотивації. Оптимальний рівень мотивації забезпечує найкращу працездатність. Деякі вчені також відзначають, що в екстремальних умовах розбіжності векторів «мотив — ціль» ведуть або до зниження ефективності професійної діяльності за рахунок стабілізації стану, або до повного відмовлення від неї. Таким чином, психологічна специфіка напруженості залежить не тільки від характеру зовнішніх дій, хоча вони можуть бути сильними для людини, але і від особистісного змісту мети діяльності, суб'єктивної оцінки ситуації, в якій знаходиться людина. У зв'язку з цим деякі автори звертають увагу на необхідність індивідуального підходу до регуляції стресових станів з урахуванням індивідуальних особливостей людей.

Психічне здоров'я людини власне й означає свідоме керування своєю поведінкою в екстремальних умовах шляхом побудови ефективних моделей поведінки.

Питання для самоконтролю

1. Поняття психологічного і професійного стресу.
2. Модель професійного стресу.
3. Причини професійного (інформаційного) стресу.
4. Області стресу в повсякденному житті.
5. Типи внутріособистісних стресорів.
6. Особливості поведінкових реакцій людини в ситуації стресу.
7. Характеристики реагування під час стресу (локус-контроль, психологічна витривалість, самооцінка).

Тема практичного заняття

*Мета та завдання психологічної служби в роботі
у стресових ситуаціях*

Література

1. Астапов В. М. Функциональный подход к изучению состояний тревоги // Психол. журн.— 1992.— № 13.

2. Василюк Ф. Е. Психология переживания.— М.: Изд-во Москов. ун-та, 1984.— 200 с.
3. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Уч. пособ. для студ. высш. уч. заведений.— М.: Изд. центр “Академія”, 2001.— 352 с.
4. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров’я: теорія і практика.— Л.: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006.— 338 с.
5. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья.— СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 1999.— 1021 с.
6. Кижаев-Смык Л. А. Психология стресса.— М.: Наука, 1983.— С. 114, 184, 272.
7. Психология здоровья человека / Г. В. Ложкин, О. В. Носкова, И. В. Толкунова / Под ред. В. И. Носкова.— Севастополь: Вебер, 2003.— 257 с.
8. Психология здоровья: Учеб. для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова.— СПб.: Питер, 2003.— 607 с.
9. Психология здоровья / Г. С. Никифоров, В. А. Ананьев, И. Н. Гуревич и др. / Под ред. Г. С. Никифорова.— СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2000.— 504 с.
10. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоровья: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко.— М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2001.— 604 с.
11. Тригрянян Р. А. Стресс и его значение для организма / Отв. ред. О. Г. Газенко.— М.: Наука, 1988.— 176 с.— С. 3, 4, 105, 133, 140—149.

Розділ 7. ПСИХОЛОГІЯ ВПЕВНЕНOSTІ ОСОБИСТОСТІ

7.1. Поняття про віру та довіру

Віра — предмет дослідження не лише психологічної науки. Стосовно психології необхідно зауважити, що в ній феномен віри досліджений мало. Однією з основних причин цього є те, що віру часто ототожнюють виключно з релігійною вірою [9, 112]. Віра поєднує в собі широке коло різноманітних феноменів. Вона може виконувати функцію мотиву, установки й орієнтиру в людській діяльності. Віра супроводжується почуттям упевненості та низкою інших почут-

тів. В історії філософії й психології розрізняють три підходи до розуміння віри [9, 113]:

- 1) віра як емоційний, чуттєвий феномен (Юм, Джемс);
- 2) віра як феномен інтелекту (Міль, Brentano, Гегель);
- 3) віра як феномен волі, як атрибут волі (Декарт, Фіхте).

Віра – необхідний елемент індивідуальної та суспільної свідомості, важливий момент діяльності людини. Об’єкти віри – факти, явища, тенденції розвитку природної і соціальної дійсності [9, 113].

Поняття віри багатозначне. Виділяють два основних значення:

- поклоніння кому-небудь, чому-небудь;
- стійкість – спокійна впевненість у своєму виборі, яка не потребує підтримки оточуючих, самодостатня впевненість, яка не залежить від точок зору інших.

Якщо подивитися на поклоніння по-іншому, то в нього причини внутрішні, а не зовнішні. У людини релігійної віри Бог живе насамперед у серці, і в цьому – її сила. У слова “стійкість” коренем є “стій”, від “стояти, вистояти”. Маючи точку опори, є більше шансів вистояти під час різноманітних випробовувань. Стийкість – це здатність не втрачати рівновагу під впливом тієї чи іншої пристрасті, захоплення, здатність зберігати спокій серед спокус світу [9, 113].

Віру та її похідні (упевненість, оптимістичний настрій, довіра – почуття, що складають позитивну установку) розглядають як важливу частину нераціональної сфери особистості. Людина живе у ситуації постійної невизначеності, усвідомлення якої – сильний стресор [9, 113].

Із точки зору Е. Фромма існує ірраціональна й раціональна віра. **Ірраціональна віра** бере свій початок в емоційному підкоренні ірраціональному авторитеті (Бог, лідер секти, вождь, авторитет у науці, мистецтві, політиці), а не у власному досвіді мислення та почуттях людини. **Раціональна віра** має своє коріння в незалежному переконанні, яке ґрунтується на власному плідному спостереженні й розмірковуванні людини. Раціональна віра виникає із плідної діяльності та досвіду. До раціональної віри вчений відносить віру в себе, в іншу людину, в людство [9, 114; 10].

Е. Фромм згадує, що термін “віра”, зазначений у Біблії, – “емуна” – означає стійкість, і таким чином більшою мірою пояснює певну якість, рису характеру, ніж повноту віри у що-небудь. Автор визнає віру головною установкою особистості. Першочергове значення має вона сама, а не її предмет. Людина не може жити без віри [9, 113].

У теорії психосоціального розвитку Е. Еріксона позитивний розвиток особистості на першій психосоціальній стадії формує в людині здатність до надії. Релігія і релігійна віра підтримують розвиток его й укріплюють “базальну довіру”, яка дає змогу позбутися “базальної недовіри”. Релігію можуть замінити інші форми соціально-культурного буття суспільства, вони також можуть підтримувати силу его (базальну довіру). До джерел віри деяких людей автор додав продуктивну роботу, соціальні акції, науковий пошук і художню творчість [5; 9, 114].

Термін “*віра*” вживається в декількох формах [8, 83]:

- *перша форма* називається непрямою вірою і проявляється як рефлексія з приводу якоїсь діяльності або вчинку, що, як правило, цілком не передбачуваний. Ця форма віри носить імовірнісний характер;

- *друга форма* є істинною або власне вірою, тому що вона означає вірогідність особливого порядку, недоводжувану звичним раціональним шляхом. На психологічному рівні цю форму віри можна розглядати як механізм “проникнення” в людину.

Справжня віра зв’язана з актом прийняття якогось змісту за істину без достатніх на те основ; дійсність віри стає змістом свідомості людини; непряма віра, в основі якої лежить акт ціннісного ставлення суб’єкта до об’єкта віри, виступає в ролі механізму “проникнення” людини у світ. На відміну від справжньої віри це ставлення припускає споконвічну принципову неможливість ототожнення суб’єкта з об’єктом віри, тобто принципову непереборність дистанції між ними. Тому така форма віри, або довіра, можлива стосовно зверхчуттєвих об’єктів (тих, які не пізнаються за допомогою органів чуття). У цьому випадку довіра може передувати справжній вірі. Ця форма віри можлива й щодо різних об’єктів чуттєвого сприйняття світу [8, 84].

Віра й довіра – два різних соціально-психологічних явища, що будуються на різних психологічних підставах і виконують різні функції у життєдіяльності людини. На відміну від віри сутність довіри як соціально-психологічного явища розкривається у ставленні людини до різних об’єктів або фрагментів світу. Таке ставлення представлене людині в її переживаннях. Якщо в процесі ціннісного ставлення до об’єкта і переживання зв’язків із ними в людини з’являється оцінка об’єкта як значимого й одночасно безпечного для нього, то в цьому випадку виникає довіра [8, 84].

Довіра супроводжує всі кращі сторони нашого буття – прихильність, дружбу, любов. Найважчі переживання зв'язані з утратою довіри до близьких людей. Напевно, кожна людина переживала біль втрати довіри, зв'язаний із віроломством, зрадництвом, неправдою, фальшю, але всякий раз, переживаючи глибоке розчарування від втрати довіри людина, знову й знову ризикує довіряти. Що б не робила людина, чим би не займалася, вона всюди зіштовхується з вибором – довіряти чи ні. Людина не може жити без довіри: без неї вона втрачає зв'язок зі світом, що має найбільш негативні наслідки, оскільки людина стає самотньою, підозрілою, песимістичною. Стратегія повної довіри абсолютно неефективна, тому що довіра – це завжди ризик, оскільки вона приховує в собі небезпеку розчарування.

Довіра в житті людини виконує такі функції:

- виступає умовою цілісної взаємодії людини зі світом;
- сприяє злиттю минулого, сьогодення та майбутнього в цілісний процес життєдіяльності;
- сприяє виникненню ефекту цілісності особистості;
- з її допомогою встановлюється міра відповідності власної поведінки, прийнятого рішення, цілей і поставлених завдань світові й самому собі [8, 85].

Людина буде довіряти сама собі, якщо вона цілком знає себе і свої можливості. Але людина не може пізнати себе до кінця, тому в процесі життя людина знову і знову випробує себе з метою перевірки своїх можливостей, в існування яких вона повинна повірити як складник психологічного здоров'я.

Довіра до себе проявляється в здатності особистості “виходити за межі” себе, свого досвіду і змісту визначених особистісних цінностей, забезпечує цілісність, стійкість особистості, її саморозвиток і самоздійснення. Тому рівень довіри до себе можна вважати одним із показників зрілості особистості [8, 87; 12].

Довіра до себе проявляється в незліченних учинках людини. Якщо передбачуваний учинок суперечить внутрішньому “Я” людини або системі смислових утворень, вона вступає в протиріччя із собою (звичайно, це важке емоційне переживання). Людина не може довго перебувати в такому стані й прагне вийти з нього. Для цього вона може використовувати кілька способів – відмову від діяльності, від учинку, ухвалення рішення зробити вчинок з використанням будь-якого способу психологічного захисту (що виглядає як самообман); зміна міри довіри до самої себе за допомогою чесного визнання своєї

неправоти або саморозкриття самій собі. Внутрішні зміни особистості можуть бути спрямовані в протилежні сторони – у бік творчого розвитку (збільшення міри довіри до себе) і у бік саморуйнування (відмови від діяльності, використання психологічних захистів) [8, 87; 12].

Довіра до себе є базовим поняттям психології здоров'я. Вона складає одну з особистісних установок людини, спрямованих на себе, і включає:

1) когнітивний компонент (знання про себе та свої можливості, “Я-концепцію”);

2) емоційно-ціннісний компонент (самооцінка можливостей, прийняття – неприйняття себе, любов – ненависть до самого себе);

3) поведінковий компонент, що виражається в ступені довіри собі, у вибірковості довіри до себе в різних ситуаціях життєдіяльності [8, 88; 12].

Довіра до себе виступає фундаментальною умовою повноцінного оволодіння собою, входить у структуру здатності прогнозувати результати своєї життєдіяльності, визначає рівень адекватності позицій стосовно самої себе, впливає на вибір стратегій досягнення цілей відповідно до внутрішніх особистісних змістів [8, 88; 12].

В основному віра і довіра виступають умовою розвитку, зміни самої людини, саме вони дають їй змогу ризикувати та випробувати знову і знову свої можливості.

7.2. Класифікація довірчих стосунків

Довірчі стосунки – стосунки, які базуються на вірі в порядність, чесність й обов'язковість сторін. Завжди базуються на довірі та не виключають поняття обману [14]. Соціологи і психологи доходять висновку, що існує певна когорта людей, яким притаманні особистісні характеристики, що забезпечують довіру інших. До особливостей такого типу людей належать:

- освіченість;
- приємний вираз обличчя;
- охайність;
- хороша фізична форма;
- оптимізм;
- чітка мова;

- добра репутація;
- упевненість у собі;
- дотримання норм поведінки, прийнятих у товаристві.

Саме такий тип людей здатний викликати довіру більшості співрозмовників [7].

Однак цю відповідь не можна вважати повною, оскільки неможливо довіряти лише описаному типові людей. Як не дивно, але людина, прагнучи спілкування, змушена довіряти навіть незнайомим, і лише з часом може перевірити правильність свого вибору. Адже вона у своєму прагненні до активності діє методом спроб і помилок у прийнятті рішень чи виборі стилю поведінки. І це відбувається завдяки лише прояву феномену довіри у стосунках. Як відомо, саме довіра є фундаментальною основою, а також надбудовою всіх соціальних відносин [12].

Соціально-психологічні функції феномену довіри у радянській психологічній науці почали досліджувати досить пізно. До найпомітніших розвідок належать праці В. Сафонова (1981 р.) і Є. Хорошилової (1984 р.). В. Сафонов найголовнішою функцією довіри вважає обмін значимими думками і почуттями на основі віри та довіри до партнера. При цьому відбувається відповідне відокремлення цієї пари від інших людей. Як ключові функції довіри вчений виокремлює три:

- 1) функція психологічного розвантаження;
- 2) функція зворотного зв'язку в процесі самопізнання;
- 3) функція психологічного зближення і поглиблення взаємовідносин¹.

Б. Ломов (1984 р.), вивчаючи соціально-психологічні функції довіри, виокремлює цілий їх ряд, але всі вони стосуються процесу міжособистісного довірчого спілкування і зводяться до інформаційної функції.

В. Куніцина (1991 р.) дійшла висновку, що соціально-психологічна функція довіри полягає у розвитку довірливості, а функція довірливості – це соціальне навчіння.

Т. Скрипкіна (1997 р.) головною функцією довіри вважає адаптаційну. Особливість цього підходу полягає в тому, що автор пов'язує в єдине довіру до світу й довіру до себе, наполягає на

¹ Сафонов В. С. Особенности доверительного общения: Автореф. дис... – М., 1978.

необхідності їх обов'язкової відповідності та доводить, що перевага довіри до себе є показником слабкої адаптивності¹.

У соціально-психологічних дослідженнях проблема довіри як умова виникнення дружби розглядалася Л. Гозманом, І. Коном, В. Лосенком, І. Полонським.

Міжособистісні прояви довіри та її функції вивчали В. Агєєв, М. Обозов, А. Харащ. Вони вважають, що довіра посідає значне місце саме у формуванні міжособистісних відносин, а також наголошують на формуючій функції довіри².

У зарубіжних психологічних дослідженнях проблема довіри та її соціально-психологічних функцій посідає значне місце. Серед дослідників цієї проблеми виділяється З. Ратайчак. У своїх працях він виокремлює дві соціально-психологічні функції довіри: функцію імпульсу до соціального контакту з іншими людьми і функцію взаємодосконалення та взаєморозвитку людини [11].

Проблему соціально-психологічних функцій довіри досліджували й інші зарубіжні вчені: Ж. Маклайн, М. Тош (1967 р.), Д. Сміт (1972 р.), К. Гіффін, Б. Паттон (1974 р.), М. Вудкок, Д. Френсіс (1991 р.), П. Гієр (1992 р.). Найбільша кількість праць із вивчення функцій довіри представлена в теоріях обміну (А. Голднер, К. Джифін, О. Тейлор, М. Уорсі, Г. Хан, Г. Хоманс). Ці дослідники зводили головну функцію довіри до функції обміну інформацією. Існує й інший напрям досліджень, пов'язаний із вивченням саме соціальних функцій. Із 1970-х років він став традиційним. Його представники (Р. Албанес, К. Кок, Д. Месник, Д. Робин, Ч. Харпер, Д. Фліт, Б. Фрей) дійшли висновку, що головною функцією довіри є функція співробітництва. Зарубіжні дослідники провели також низку досліджень зі спеціального питання – про взаємодовіру та її функції в житті людей (Е. Амес, П. Гієр, Г. Марвел, Д. Оллок, Д. Фокс, Т. Ямагіші)³.

У ході економічного та інформаційного розвитку суспільства постало питання про вивчення саме організаційних соціально-психологічних функцій довіри та їх характеристик (П. Кольок, Р. Морган, Ш. Хант). Комунікативну функцію довіри в межах “трансактного

¹ Зі статті С. Ворожбита “Соціально-психологічні функції явища довіри” (<http://www.politik.org.ua/vid/magcontent.php3?m=6&n=62&c=1370>).

² Зі статті С. Ворожбита “Соціально-психологічні функції явища довіри” (<http://www.politik.org.ua/vid/magcontent.php3?m=6&n=62&c=1370>).

³ Там само.

аналізу” досліджували А. Барнланд, Д. Барло, Х. Лелей, Т. Меклін Д. Саут. Функцію саморозкриття вивчали представники екзистенціально-гуманістичного напрямку психологічної науки (С. Джуард, А. Маслоу, К. Роджерс)¹.

Сутність довірчих стосунків зводиться до переживання актуальної значимості (цінності) й надійності об’єкта, з яким передбачається взаємодія. Довірчі стосунки виникають за певних умов, які можна класифікувати таким чином [8, 85]:

1. Довіру до іншого можна розглядати як окреме бачення довіри до світу. Довіра виступає висхідною умовою міжособистісних, внутрігрупових відносин, а також умовою формування всіх видів і форм відносин людей та одночасно входить як компонент в усі види й форми ставлення людини до світу та до самої себе.

2. Довіра виникає тоді, коли існує готовність до її прояву хоча б в одного з двох взаємодіючих людей. Така готовність формується, якщо людина (інша) є значимою, надійним і безпечним партнером. Якщо хоча б одна з названих рис (значимість, надійність, безпека) відсутня у партнера, то це істотно впливає на основні характеристики довіри (міра, глибина, тема, тривалість, інтенсивність і т. д.).

3. Людина одночасно звернена у світ й у себе, тобто людина довіряє, з одного боку світові, а з іншого – самій собі. Той, хто не боїться довіряти собі, здатний довіряти й іншим. Таким чином, умовою виникнення довіри до інших є довіра до себе.

4. Існуючий рівень довіри, тобто співвідношення її основних характеристик, проявляється на емоційно-ціннісному, поведінковому й когнітивному рівнях.

5. У будь-якому вигляді спілкування завжди присутня міра взаємності. Відомо, що людина орієнтується на свої стосунки з іншими, розраховуючи на взаємність, таке прагнення називають “презумпцією взаємності”. Повна взаємна довіра виникає в житті дуже рідко. Людина лише припускає, що інші теж переживають довіру, але ці припущення життя часто спростовує. Невідповідність партнерів щодо, наприклад, видів установок до інших людей, їхніх цінностей, рис характеру (підозрілість, агресивність, прагнення домінувати і т. д.), соціально-психологічних особливостей спілкування (статуси, ролі, історія їхніх відносин, глибина

¹ Зі статті С. Ворожбита “Соціально-психологічні функції явища довіри” (<http://www.politik.org.ua/vid/magcontent.php3?m=6&n=62&c=1370>).

знайомства і суб'єктивної значимості один для одного тощо), об'єктивних умов взаємодії, порушує спілкування.

Ступінь взаємності довіри до себе та інших визначає формування різних видів довірчих стосунків. На основі поєднання показників міри взаємності довіри до себе й до іншого формуються **шість різних видів довірчих стосунків** [8, 86]:

– 1-й вид: “обоє взаємодіючих людей рівною мірою довіряють і собі, і партнерові” (інший актуально значимий, потенційно надійний, так само як значимий “Я” і надійні мої власні дії). Взаємодія, заснована на таких взаєминах, сприяє виникненню особистісного діалогічного спілкування;

– 2-й вид: “кожний із взаємодіючих суб'єктів довіряє тільки собі й не довіряє іншому”. Оскільки кожний має на увазі тільки себе самого, то результат такої взаємодії, як правило, – суперництво та конфронтація. Тут ідеться про відсутність довіри;

– 3-й вид: “обоє партнерів зі взаємодії один одному довіряють більше, ніж собі”. Такий вид довіри стає ризикованим для обох і супроводжується перекладанням відповідальності один на одного. У підсумку це призведе до безвідповідальності й до незадоволеної потреби в довірі;

– 4-й вид: “один партнер зі взаємодії довіряє однаково собі й іншим, а інший – тільки собі”;

– 5-й вид: “один партнер зі взаємодії однаково довіряє собі й іншому, а другий довіряє першому більше, ніж самому собі”. Таке сполучення міри довіри породжує ставлення до першого як до авторитетної особистості;

– 6-й вид: “один довіряє тільки собі, а другий – тільки іншому”. Таке сполучення міри довіри породжує залежність від того, хто довіряє лише собі, і сприяє використанню іншого як засобу.

Довіра до себе, так само, як і довіра до іншого, не може бути однаковою у всіх ситуаціях спілкування. В одних сферах життєдіяльності людини може бути сформована установка на довіру до себе, в інших – її немає. Усе залежить від того, як оцінює свої можливості людина, наскільки адекватні її самооцінка й рівень домагань, яке її самовідношення і наскільки задоволені її базові соціальні потреби (потреба в досягненні, у любові, визнанні, у впливі та, нарешті, у довірі) [8, 88].

Довірчі стосунки відіграють важливу роль фактора, який визначає відносини людей практично у всіх соціальних ситуаціях і соціаль-

них інститутах: в сім'ї, школі, ВНЗ, на виробництві тощо. Вони мають важливе значення у формуванні взаємовідносин між батьками і дітьми, у шлюбно-сімейних відносинах, у взаєморозумінні вчителя і учня, лікаря і хворого, керівника і підлеглого¹.

Таким чином, високорозвинені соціально-психологічні функції довірчих стосунків завжди матимуть важливі наслідки для життєдіяльності й функціонування, коли виникають:

- 1) відкритий обмін поглядами та думками із суттєвих питань;
- 2) коректніша постановка цілей і завдань;
- 3) вища мотиваційна діяльність;
- 4) позитивно налаштована самооцінка й упевненість у собі;
- 5) високо розвинений рівень соціальної взаємодопомоги (матеріальної, психологічної, духовної).

7.3. Психологічні особливості впевненої в собі особистості

Упевненість – стан розуму, в якому він приймає судження без страху можливої помилки; стан буття без сумніву, свобода від сумніву. Існують ступені впевненості. Якщо мотив упевненості базується на законі звичної людської поведінки, – це *моральна* впевненість; якщо він базується на фізичному законі, – це *фізична* впевненість; якщо він базується на метафізичному законі, – це *метафізична* впевненість. Упевненість можна теж визначити як *психічний стан* людини, при якому вона вважає деякі знання правдою. Упевненість є психологічною характеристикою віри і переконань людини. Впевненість може бути як результатом власного досвіду особистості, так і результатом дії ззовні. Наприклад, упевненість може з'явитись у людини помимо (а інколи і проти) її волі й свідомості, під дією навіювання. Відчуття впевненості особистість може викликати в собі і шляхом самонавіювання (наприклад аутогенного тренування) [13; 15].

У міжособистісній взаємодії на перший план виходить упевненість (асертивність), здатність до впевненої поведінки. Основним показником впевненості є **впевненість у собі**, яка проявляється:

- в умінні виражати свої думки й почуття в соціально бажаній формі, тобто не принижуючи гідності інших;
- у готовності приймати на себе відповідальність за свої дії;

¹ Зі статті С. Ворожбита “Соціально-психологічні функції явища довіри” (<http://www.politik.org.ua/vid/magcontent.php3?m=6&n=62&c=1370>).

- у конструктивному підході до вирішення проблем;
- у прагненні не нашкодити чужим інтересам [9, 115].

Ціль упевненої поведінки – самоактуалізація. Упевнена людина може висловити свої побажання чи прохання до іншої людини змінити що-небудь, вона здатна говорити про це прямо і вислуховувати незгоду чи заперечення не розгублюючись [1; 4].

Відсутність упевненості в собі (невпевненість) складає психологічну проблему. Психолог Р. Лейнг описав “онтологічно невпевнену особистість” – тип особистості, яка переживає дефіцит “первинної онтологічної впевненості”. *Невпевненість* як стан виникає під час порушення звичного або запланованого ходу діяльності. Такі порушення найчастіше викликаються:

- нечіткими формулюваннями цілей;
- нереалістичними домаганнями;
- неправильною оцінкою результатів дій;
- невмінням використовувати позитивні наслідки як “підкріплення”;
- недостатньою корекцією планів поведінки на основі результатів зроблених у минулому дій [8].

Соціальний страх за певних умов провокує деякі негативні установки (“Я з цим не справлюся...”, “Це вище моїх сил” і т. д.). Увага концентрується на цьому і гальмує впевнену поведінку. Переживання неспіху закріплюються. Негативний досвід знижує довіру до себе, що, у свою чергу, викликає непевність. Досвід також визначає спосіб оцінки себе. Людина ставить собі питання: як я виглядаю, як я хотів би виглядати, як мене сприймають інші. Один раз з’явившись, соціальний страх міцно асоціюється з визначеними ситуаціями.

Страх “входження” в ситуацію знижує шанси на успіх, а неуспіх, у свою чергу, підсилює страх; іншими словами, страх створює ґрунт для невдач, а невдачі ще більше підкріплюють страх. Таким чином, страх і пов’язана з ним поведінка закріплюються, автоматизуються, поширюються на суміжні соціальні ситуації [8].

Соціальний страх проявляється в різних формах й у різних ситуаціях:

- страх критики;
- страх бути відкинутим;
- страх виявитися в центрі уваги;
- страх виявитися неповноцінним;
- страх перед керівництвом;

- страх нових ситуацій;
- страх висувати претензії або не зуміти сказати “ні”.

Страхи, звичайно, присутні в психіці будь-якої людини [8, 89–90].

Невпевненість у собі виникає і як наслідок:

- негативних оцінок;
- “порушеного образу Я”;
- недооцінювання власних досягнень у порівнянні з іншими.

У результаті знижується самооцінка своїх досягнень, здібностей.

Невпевненість характеризується, як зазначалося вище, недостатньо чіткими формулюваннями намірів, що призводять до виникнення “дефектних” стереотипів поведінки. Таким чином, установки щодо власної персони й самооцінки вирішальним чином впливають на поведінку людини, формують тип упевненої або невпевненої поведінки.

Дефіцит упевненості проявляється в агресивності чи невпевненій поведінці. Для агресивної поведінки характерна тенденція:

- висловлювати свої думки, почуття та бажання у формі вимог і наказів, звинувачень й образ;
- прагнення перекладати відповідальність за свої дії на інших;
- пригнічувати інші думки;
- стверджувати свою точку зору як визначальну у вирішенні проблем;
- робити вибір за інших [9, 115].

Ціль агресивної поведінки – приниження і покарання.

Невпевнена поведінка найчастіше реалізується у формі пасивно-агресивної поведінки, якій властиві:

- невміння чи небажання прямо виражати свої думки та почуття;
- невизнання відповідальності за свої дії шляхом уникання вибору, надання цього права іншим;
- жертвування своїми інтересами у вирішенні проблем;
- боязнь завдати комусь шкоду через внутрішнє, в основному неусвідомлене, переконання у ворожості оточуючого світу [9, 115].

Невпевненість та агресивність – це не протилежні якості, а дві різні форми прояву дефіциту впевненості в собі.

Впевнена людина не залежить від оточення. Психологічно стійка людина здатна утримувати баланс між силою власного впливу і чутливістю до сторонніх впливів. Порухення такого балансу знижує ефективність міжособистісних контактів, позбавляє можливість позитивного емоційного насичення від спілкування і тим самим знижує переживання соціального благополуччя. Під соціальним благополуччям розуміємо задоволеність своїм соціальним статусом та станом суспільства, до якого належить індивід, задоволеність міжособистісними стосунками і статусом у мікросоціальному оточенні. Соціальне благополуччя – невід’ємний складник суб’єктивного благополуччя, від якого безпосередньо залежить здоров’я індивіда [9, 112–116].

Проблема впевненості людини стала вивчатися в останні два десятиліття. Цьому сприяв ряд обставин:

- *по-перше*, безупинно зростаюча увага до вивчення “людського фактора”, особливостей психічних процесів, властивостей, станів особистості фахівців відповідальних, шкідливих і небезпечних професій;

- *по-друге*, скорочення професійного довголіття та виникнення психосоматичних захворювань.

- *по-третьє*, істотне підвищення рівня загальної тривожності, напруженості, занепокоєння у значної категорії людей під впливом природних катаклізмів (землетрусів, повеней), техногенних катастроф (вибухів, аварій, а також локальних конфліктів і терактів).

Зазначені фактори призводять до порушення психічного стану не тільки в результаті їхнього безпосереднього впливу на людину, а й у разі чекання можливого впливу. Усе це в підсумку знижує впевненість людини, що має головне значення в ряді характеристик психологічного здоров’я, у здійсненні людиною своїх планів, задумів, надій; вона може піднятися на подвиг, пов’язаний із ризиком для життя, але може втратити свою значимість для людини, і тоді її життя втрачає сенс. Людина довіряє собі, довіряє іншим. Саме довіряє, але не вірить. Людина довіряє своє життя різним обставинам, коли ризикує, коли чинить нерозважливо [2; 3].

Посилаючись на теорію І. П. Павлова, А. Сальтер¹ виділив **шість характеристик здорової, упевненої в собі особистості** [8, 89]:

¹ Андре Сальтер (Andrew Salter) народився в Уотербері, штат Коннектикут, у 1914 році. Професію психолога отримав в університеті Нью-Йорка й універ-

1) уміння не “ховатися” за невизначеними формулюваннями (упевнені в собі люди частіше, ніж інші, використовують займенник Я);

2) неприйняття самоприниження та недооцінки своїх сил і якостей;

3) здатність до імпровізації, тобто спонтанного вираження почуттів та потреб;

4) емоційність мови. Упевнена людина називає почуття своїми іменами, не змушує партнера (партнерів) із розмови здогадуватись, яке саме почуття стоїть за її словами;

5) експресивність. Конгруентність (відповідність) поведінки й мови означає чіткий прояв почуттів у невербальній площині та відповідність між словами і невербальною поведінкою;

6) уміння протистояти й атакувати, що виявляється в прямому й чесному вираженні власної думки, без оглядки на навколишніх [8, 89].

Тобто із виділених А. Сальтером шести характеристик можемо узагальнити, що *впевненість у собі* – це здатність індивіда висловувати вимоги й запити під час узаємодії із соціальним оточенням й домагатися їхнього здійснення. Крім того, до впевненості належать також установки стосовно самого себе.

Отже, *впевненість* у собі є властивістю особистості, ядром якої виступає позитивна оцінка індивідом власних навичок і здібностей як достатніх для досягнення важливих для неї цілей та задоволення її потреб. Основою для формування таких оцінок слугує достатній поведінковий репертуар, позитивний досвід вирішення соціальних завдань й успішного досягнення власних цілей.

Для формування впевненості в собі важливий не стільки об’єктивний життєвий успіх, статус, гроші і т. д., скільки суб’єктивна позитивна оцінка результатів власних дій та оцінка з боку важливих людей. Позитивні оцінки наявності “якості” й ефективності власних навичок і здібностей визначають соціальну сміливість у постановці

ситеті Heights. Професійну кар’єру розпочав під керівництвом професора Кларка Халла в Йельському університеті. Практичною діяльністю Сальтер займався в Нью-Йорку, де в 1949 році опублікував свою основну працю – книгу “Умовно-рефлекторна терапія”. За короткий проміжок часу книгу переклали на німецьку, італійську, іспанську, шведську та японську мови. Стиль Сальтера високо оцінили Томас Манн й Альдус Гекслі. Українською мовою книга А. Сальтера ще не перекладена.

нових цілей і визначення завдань, а також ініціативи, з якими людина береться за їхнє виконання.

Питання для самоконтролю

1. Які функції виконує довіра в житті людини?
2. Фактори, що впливають на формування різних видів довіри.
3. Класифікація довірливих відносин.
4. Психологічні особливості впевненої в собі особистості.
5. Класифікація довірчих відносин.

Тема семінарського заняття

Психологія довірчої поведінки особистості

Література

1. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций).— М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.— 200 с.
2. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья.— СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 1999.— 1021 с.
3. Донченко Е. А. Социетальная психика.— К.: Наук. думка, 1994.— 300 с.
4. Кинан К. Уверенность в себе.— М.: Эксмо, 2007.— 80 с.
5. Клонингер С. Теории личности: Познание человека.— 3-е изд.— СПб.: Питер, 2003.— 720 с.
6. Куликова Л. Н. Воспитать себя.— М.: Просвещение, 1991. 143 с.
7. Обозов Н. Н. Психология межличностных отношений.— К.: Лыбидь, 1990.— 191 с.
8. Психология здоровья человека / Г. В. Ложкин, О. В. Носкова, И. В. Толкунова / Под ред. В. И. Носкова.— Севастополь: Вебер, 2003.— 257 с.
9. Психология здоровья: Учеб. для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова.— СПб.: Питер, 2003.— 607 с.
10. Психология здоровья / Г. С. Никифоров, В. А. Ананьев, И. Н. Гуревич и др. / Под ред. Г. С. Никифорова.— СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2000.— 504 с.
11. Ратайчак З. Человек как субъект общественной жизни.— Варшава; Краков, 1983.— С. 87–92.

12. Скрипкина Т. П. Психология доверия.— М.: Академия, 2000.— 264 с.
13. Смит М. Д. Тренінг уверенности в себе.— М.: Речь.— 254 с.
14. <http://philbook.ru/>
15. <http://uk.wikipedia.org/wiki/Впевненість>.

Розділ 8. ПСИХОЛОГІЯ ПРОФЕСІЙНОГО ДОВГОЛІТТЯ

8.1. Основні шляхи розвитку особистості професіонала

Існують різні уявлення про стадії, фази й етапи вікового розвитку людини протягом усього життя. Найчастіше говорять про людину “взагалі”, про особистість, розвиток, життєвий шлях, менше — про розвиток професіонала, його етапи, стадії або фази.

Ряд авторів пропонують різні схеми розвитку професійного індивідуального шляху. Розглянемо етапи професійного шляху за Е. А. Климовим [1; 7, 91]:

1. Фаза оптації (оптант) пов’язана з вибором професії або вимушеною її зміною. Вікові рамки однозначно позначити важко, тому що в ролі оптанта можуть бути і школярі, оточені батьківською турботою, і діти з неблагополучних родин, які відносно набувають соціальної зрілості. У ролі оптанта може виявитись і кваліфікований фахівець, який утратив працездатність, і професіонал, змушений змінювати роботу з яких-небудь причин (скорочення, зміна місця проживання, закриття виробництва і т. д.).

2. Фаза адепта (адепт) пов’язана з освоєнням професії (студенти, курсанти, службовці). Якщо йдеться про багаторічну підготовку, то необхідно розрізняти курси (роки) навчання, тому що відбуваються істотні зміни самосвідомості, інформування індивідуальності особистості.

3. Фаза адаптації (адаптант) пов’язана зі звиканням фахівця до роботи. Як би добре не був налагоджений у навчальному закладі процес підготовки того або іншого фахівця до роботи, він ніколи не підходить, як ключ до замка, до виробництва. На це впливає те, що:

— по-перше, діяльність навчального закладу відрізняється від виробництва;

– по-друге, у вузі неможливо змодельовати систему відносин, що складається в конкретному трудовому (а не навчальному) колективі;

– по-третє, навчальні дисципліни, які формують образ професії, викладаються розрізнено, професійне ж середовище сприймається цілісно.

Усе це вимагає зусиль для структурування образу професій, що і є змістом фази адаптації (звикання). Вважається, що ця фаза триває 5 ± 2 роки для різних професій.

4. Фаза інтерналу (інтернал). Це вже досвідчений працівник, який самотійно, впевнено й успішно справляється з основними функціями на своєму робочому місці. Він визначився в професії, у своїй свідомості й свідомості інших.

5. Фаза майстерності (майстер). Фахівець, який досяг цієї фази, вирішує будь-які професійні завдання, виділяється універсальністю, широкою орієнтацією в професійній області, відрізняється індивідуальним стилем діяльності. Зазвичай має формальні показники кваліфікації (розряд, категорію тощо).

6. Фаза авторитету (авторитет). Фахівця відрізняють визнання поза вузьким професійним колом та відзначення на державному рівні (ступінь, нагороди й ін.). Із його думкою рахуються і колеги, і керівники. Можливо, у нього може бути менше енергії, але завдання він вирішує успішно за рахунок досвіду, організації та помічників.

7. Фаза наставництва (наставник) пов'язана з передачею досвіду учням, послідовникам. Ця обставина робить його життя наповненим осмисленою перспективою, включенням власного досвіду в справи молодих.

Залежно від поставлених перед людиною завдань розрізняються відмінні від вищеописаних фази, етапи чи стадії кар'єроорієнтованого розвитку особистості [12; 13, 670]:

1-ша стадія – стадія розвитку фантазії та відкриттів (від народження до 21 року). Людина виконує *ролі* школяра, студента, учня на виробництві. *Завдання* цієї стадії зводяться до виявлення індивідом своїх інтересів і потреб, до перетворення фантазій у реальні уявлення про професію, набуття знань та вмінь.

2-га стадія – стадія вступу в трудове життя (16–25 років). Прийнята *роль* – кандидат на роботу. *Завдання*: ознайомитися з ринком

праці, знайти компроміс між особистісними уявленнями про роботу і думкою роботодавця, вибрати й отримати перше робоче місце.

3-тя стадія – стадія основного курсу навчання (16–25 років). *Роль* учня. *Завдання стадії*: подолати перший шок від дійсності, по можливості швидше стати повноцінним й адекватно сприймаючим членом організації.

4-та стадія – стадія початку кар'єрного шляху (17–30 років). *Роль* нового повноцінного члена організації. *Завдання*: вирішити, чи відповідає обрана професія та організація його (нового фахівця) запитам, накопичувати досвід як базу для кар'єрного росту.

5-та стадія – стадія початку середнього етапу кар'єри (старше 25 років). *Роль* повноцінного члена організації. *Завдання*: вибрати спеціалізацію, взяти на себе відповідальність, продовжувати навчання і підвищувати свою кваліфікацію, розвиваючи плани подальшого кар'єрного шляху.

6-та стадія – стадія кризи на середньому етапі кар'єри (35–45 років). Повноцінний член організації. Його *завдання*: навчитись адекватно реагувати на розбіжність своїх надій із досягнутими результатами, визначити роль професійної діяльності у своєму житті, узяти на себе функції наставника.

7-ма стадія – стадія кінця кар'єри співробітника, котрий не виконував функцію керівника. Діяльність за штабною чи лінійною схемою. *Завдання*: усвідомити свою функцію наставника, розширювати інтереси й уміння на базі власного досвіду.

8-ма стадія – стадія кінця кар'єри співробітника, який виконував функцію керівника. *Роль* керівника фірми чи члена правління. *Завдання*: використати свої уміння та здібності на благо організації, розвивати здібності перспективних співробітників.

9-та стадія – стадія поступового припинення діяльності. *Завдання*: навчитися розуміти, що вплив і відповідальність зменшуються, знайти собі нову роль, характерну для ситуації зниження компетентності й мотивації, навчитися жити, не повністю присвячуючи себе роботі.

10-та стадія – стадія виходу на пенсію. *Завдання*: усвідомити відносність своєї ролі, незважаючи на її значущість [12; 13, 670].

Виділяють етапи професійного шляху за Д. Сьюпером [16]. Весь професійний шлях Д. Сьюпер розділив на п'ять етапів. Передусім автора цікавило з'ясування індивідом своїх нахилів і здібностей та

пошук відповідної професії, актуалізуючій професійну “Я-концепцію”:

1. Етап зростання (від народження до 14 років). У дитинстві починає розвиватись “Я-концепція”. У своїх іграх діти програють різні ролі, потім пробують себе в різних заняттях, з’ясовуючи, що їм подобається і що в них добре виходить. У них проявляються інтереси, які можуть вплинути на майбутню професійну кар’єру.

2. Етап дослідження (від 15 до 24 років). Хлопці й дівчата намагаються розібратись і визначитись у своїх потребах, інтересах, здібностях, цінностях та можливостях. Ґрунтуючись на результатах такого самоаналізу, вони розглядають можливі варіанти професійної кар’єри. До кінця цього етапу молоді люди звичайно підбирають відповідну професію і починають її освоювати.

3. Етап зміцнення кар’єри (від 25 до 44 років). Тепер працівники прагнуть зайняти міцне положення у вибраній ними діяльності. В перші роки свого трудового життя вони ще можуть змінювати місце роботи або спеціальність, але в другій половині цього етапу спостерігається тенденція до збереження вибраного роду занять. У трудовій біографії людини ці роки часто виявляються найбільше творчими.

4. Етап збереження досягнутого (від 45 до 64 роки). Працівники прагнуть зберегти за собою той статус на виробництві або службі, якого вони домоглися на попередньому етапі.

5. Етап спаду (після 65 років). Фізичні й розумові сили тепер уже немолодих працівників починають зменшуватися. Характер роботи змінюється. Врешті-решт, трудова діяльність припиняється.

Вікові межі за фазами досить умовні й відносні, але принциповим є те, що коли йдеться про основні шляхи розвитку професіонала, то мають на увазі дорослу людину. Вікові межі фахівця можуть бути від 17–18 до 55 (жінки) – 60 років (чоловіки). У сучасному суспільстві все більше підвищуються вимоги до психічних можливостей людини; її мобільності; безперервного формування; масштабної діяльності; інтелекту [7, 92–93].

На розвиток професіонала впливають різні фактори. Як зазначає у своїй статті Р. В. Ткач, одним із факторів розвитку особистості професіонала є *трудова мотивація*. Її розкривають теорії, орієнтовані на зміст, і теорії, орієнтовані на процес. Перша група теорій вивчає як базові людські потреби й мотиви, так і мотиви більш високого порядку, наявність та розвиток яких, за А. Маслоу [5], передбачає самоактуалізацію особистості. Процесуальні ж теорії чи теорії моти-

вації досягнення вивчають процес вибору лінії поведінки, пов'язаної зі сподіваннями індивіда, і суб'єктивну оцінку наслідків своїх дій на робочому місці. Недостатньо вивчений механізм впливу певних потреб і мотивів на формування певної поведінки. Однак, слід відзначити, що дослідним шляхом встановлена наявність зв'язку між потребами, мотивами, емоціями, з одного боку, і постановкою цілі, саморегуляцією трудової поведінки – з іншого [12].

Не менш важливим фактором кар'єроорієнтованого розвитку особистості є така ознака, як *задоволення роботою*. Як приклад можна використати проведені дослідження у двох групах техніків. Одну групу склали робітники, котрі мали задоволення від роботи, іншу – роботою не задоволені. Усі досліджувані заповнювали той самий тест, у якому їх просили оцінити важливість виконуваної ними роботи і відповісти на запитання, що стосуються задоволення роботою та життям узагалі. Дослідження встановило, що саме задоволення роботою є необхідним складником загального задоволення життям, а не навпаки. Ця закономірність найбільш чітко простежувалась у робітників, які вважали свою працю надзвичайно важливою [3, 531].

Людину можуть задовольняти одні аспекти її роботи і не задовольняти інші. Це може стосуватися, наприклад, умов праці. Фактором же, що визначає ступінь задоволення роботою, згідно з дослідженням Е. Лоулера (теорія мотивації Л. Портера – Е. Лоулера), є *сподівання і потреби* людини на шляху свого особистісного розвитку. Позитивні тенденції професійного розвитку особистості підвищують самооцінку, рівень мотивації індивіда і його відданість справі.

Отже, однією зі складових частин життєвого розвитку особистості є її професійний розвиток. Те, що раніше визначалось як професійний життєвий шлях, професійне самовизначення, професійна діяльність, тепер означає поняття професійної кар'єри особистості. Умови зростаючої конкуренції сучасного ринку праці підвищують роль індивідуального планування кар'єри. Простежується тонка межа між розвитком конкретної особистості як професіонала і соціальними інтересами. Дослідження у цій галузі можуть посприяти у створенні необхідної методичної бази для вивчення критеріїв кар'єри, креативної самоактуалізації, особистісно-творчої зрілості професіонала на основі розвинутої теорії професійної діяльності [12].

8.2. Розробка гуманістично орієнтованої моделі професійного розвитку¹

Розроблена в ході дослідження гуманістично орієнтована модель управління професійним становленням фахівців охоплює й активізує всі ланки освітнього процесу в умовах вищої школи, поєднує інтереси учасників навчального процесу.

У моделі розпочато спробу врахувати й погодити державні, соціальні цілі тих, хто навчається (студентів), і тих, хто навчає (викладацького складу). При цьому основними принципами є:

- *пріоритет духовно-моральних цінностей* (що припускає, насамперед, повагу до життя та здоров'я людини, усіх прав, свобод і обов'язків, розвиток цивільної, патріотичної, екологічної свідомості), а також визнання законів вищого розуму (не вкради, не давай неправдивих свідчень на ближнього та ін.);

- *демократизм* (що знаходить вираження, зокрема, у прийнятті різноманіття типів і форм навчання, у колегіальності та діалогічності під час установа стосунків у колективі, викладачів зі студентами);

- *професійна спрямованість та професійне самовизначення* (що припускає, зокрема, добір змісту, методів, засобів та форм підготовки фахівців з урахуванням вимог професії, з одного боку, та переваг студентів – з іншого);

- індивідуалізація;

- самопізнання і саморозвиток;

- підтримка та зміцнення здоров'я [7, 93–94].

Деякі принципи розглянемо докладніше.

Щодо принципу *самопізнання й саморозвитку*, відзначимо, що він може і повинен реалізовуватися на різних рівнях. Так, самопізнання на рівні самовідчуттів можна досягти шляхом аутогенного тренування. Самовідчуття свого стану – елементарний акт самостійної психодіагностики, споконвічна інформація до самоврядування.

Звертаючись до принципу *індивідуалізації*, відзначимо, що його повноцінній реалізації сприяє облік діагностичних даних про динаміку психофізичних станів й особистісного розвитку студентів. Система

¹ Із досвіду роботи Донецького інституту управління [7, 93–99].

діагностики повинна стати одним із головних компонентів психолого-педагогічної технології формування професійних якостей студентів, що дасть змогу індивідуалізувати вимоги щодо навчання, активізувати їхній потенціал. Разом із тим, отримана в ході діагностики інформація, може виявитися важливим стимулом до самопізнання, самоосвіти та, нарешті, особистісного розвитку й професійного самовизначення, що робить мотиви освітньої діяльності стійкішими, а сам процес – результативнішим.

Виділені вище принципи виявляються, таким чином, тісно пов'язаними один з одним.

Цілепокладаючий компонент системи управління передбачає структурування процесу освіти, що інтегрують мету тих, хто навчається, і тих, хто навчає, та, власне, вищих навчальних закладів. Останні зацікавлені в ефективних результатах, у формуванні в студентів психологічних якостей особистості, які необхідні фахівцеві певного профілю.

При цьому розглядаються три складові частини як основні характеристики потенціалу особистості:

а) *психофізіологічні компоненти* (рівень психічного й фізичного розвитку, стан здоров'я, працездатність, витривалість);

б) *кваліфікаційний компонент* (система загальних і спеціальних знань, умінь, що обумовлюють здатність виконувати професійну діяльність);

в) *соціальний компонент* (рівень свідомості, культури, відносин, ціннісних орієнтації) [7, 94].

Разом із тим навчальний заклад не нав'язує твердих регламентів і директив, надає студентові волю вибору й виявляє толерантність стосовно його особистості. Вільний вибір студентами вищого навчального закладу і спеціальності, що здобувається, забезпечує:

- самодетермінацію його освітньої діяльності,
- актуалізує внутрішню мотивацію,
- розвиває потребу у волі, творчості, автономності, самоврядуванні й самокорекції особистості.

Реалізована у вузі система управління професійним становленням студентів є поліфункціональною. Для конкретизації та систематизації набору основних професійних якостей, що повинні здобуватися студентами, використовувався метод експертних оцінок. Більше 200 фахівців-гуманітаріїв (психологів, педагогів, керівників

і т. д.), які мають значний стаж роботи, виступили в ролі експертів. Професійно важливими якостями, що складають потенціал фахівця гуманітарного профілю, були названі:

а) *професійна самостійність* – здатність розбиратись у вимогах, пропонуваніх спеціальністю, уміння самостійно планувати, виконувати й контролювати власну діяльність;

б) *професійна мобільність* – здатність до швидких, раціональних рішень, готовність до зміни професійних завдань і ситуацій;

в) *комунікативність* – спрямованість на спілкування, інтерес до людей, соціальна перцепція, рефлексія, емпатія;

г) *відповідальність* – сформованість мотиваційного поля, високий рівень домагань, відповідальне ставлення до своїх учинків і свого вдосконалювання як особистості та професіонала;

г) *індивідуальність* – здатність до найбільш повного особистісного самовираження і наявність індивідуально неповторних особливостей;

д) *здоров'я* – збереження та розвиток психічних і фізіологічних функцій людини, оптимальної працездатності й соціальної активності [7, 95].

Усвідомлення студентом цих якостей є важливою передумовою вдосконалювання навчальної діяльності, успішності професійного становлення.

Основні функції управління (цілеутворення, інформаційне забезпечення, розробка стратегії здійснення цілей, їхня реалізація та корекція) утворюють відповідну процесуальну структуру.

Педагогічний процес упорядковується завдяки вичленовуванню системоутворюючих елементів. Інформаційне забезпечення здійснюється на основі діагностування студентів, знання їхніх особливостей і співвіднесення отриманих при цьому показників із цілями, поставленими навчальним закладом.

Визначено чотири стадії управління процесом освіти:

- завдання системоутворюючого фактора – мети (“корисного результату” – за П. К. Анохіним);
- створення інформаційної моделі управління педагогічним процесом;
- проектування програми дій;
- реалізація розробленого проекту в практичній діяльності й порівняння отриманого результату з прогнозованою метою [7, 96].

Система управління освітньою діяльністю студентів повинна враховувати психологічні закономірності розвитку особистості майбутнього фахівця, зокрема гуманітарія. Вона, як указувалося вище, має бути індивідуально орієнтованою, чому сприяє застосування діагностично-оздоровчого комплексу. Передбачається активізація в студентів мотивів і конкретних дій, спрямованих на освітню діяльність як таку, на формування психофізичної готовності до професійної діяльності, безпосередньо на професійне становлення, на духовно-моральне самовиховання.

В основу формування оптимальної мотивації діяльності студентів закладено принцип *“воля-вибір-відповідальність”*, що повинно наблизити процес професійного становлення майбутнього фахівця до досягнення самоактуалізації його особистості. Тому варто відзначити, що зазначений принцип дотепер залишається мало розробленим із погляду його втілення в практику, у чітку систему навчально-виховних заходів.

Розроблена технологія процесу навчання оптимізує розглянутий процес управління, задає форми функціонування вищого навчального закладу і сприяє вдосконалюванню структурних та функціональних характеристик системи вищої освіти з урахуванням тенденцій розвитку ринкової економіки, демократизації і гуманізації суспільства [7, 97].

Були виділені труднощі побудови системи управління, що задовольняє описані вище вимоги, і сприятливої реалізації відповідної педагогічної технології. Це обумовлено суперечностями:

1) між вимогами, пропонованими сучасним суспільством до фахівців, та можливостями випусків вищих навчальних закладів;

2) між цінностями, що затверджуються в суспільній свідомості, відповідно до яких фахівець повинен бути здоровим, висококультурним, інтелектуально розвинутим, творчим, і сучасним станом навчального закладу, випускникам якого важко вийти за межі прийнятих стандартів професійної діяльності;

3) між альтернативними позиціями у визначенні мети освіти: *“освіта на користь держави й суспільства”* та *“освіта на користь конкретної особистості”*, що є відображенням соціально-психологічної проблеми співвідношення соціалізації й індивідуалізації [7, 97].

Утім сучасний гуманістичний підхід знімає альтернативність вищевказаних позицій і відкриває перспективу їхнього синтезу. Такий синтез повинен досягатись як у педагогічних впливах, так і в структурі мотивації студента.

У ствердженні гуманістичних принципів у навчально-виховному процесі дуже важливі щирість та послідовність, єдність слова і справи. Якщо викладачі лише декларують прихильність до гуманістичних цінностей, але реально не змінюють свою поведінку, це сприймається студентами відповідним чином, і ті, у свою чергу, роблять вигляд, що приймають до виконання рекомендації викладачів [7, 97–98].

Викладені вище розуміння переконливо свідчать про важливість створення психологічно обґрунтованої та соціально продуктивної концепції освіти й професійного становлення фахівців, у якій центральне місце приділяється гуманістично орієнтованій системі управління.

Гуманістично орієнтована модель професійного формування одержує своєрідну конкретизацію у застосуванні до підготовки фахівців гуманітарного профілю у вузі недержавної форми власності (яким є, зокрема, Донецький інститут управління). У досвіді роботи Донецького інституту управління викристалізувалися пріоритетні характеристики освітньо-виховного процесу, націлені на формування професійно значимого особистісного потенціалу. До цих характеристик належать [7, 98–99]:

- раціоналізація праці й відпочинку студентів та викладачів, оздоровчо-реабілітаційні гарантії в процесі навчання;
- стимулювання поведінки (спрямованої на професійне самовизначення) відповідно до принципу “воля-вибір-відповідальність”;
- стимулювання самопізнання, у тому числі заглибленого осмислення своїх психологічних якостей, а також мотивів, цілей і способів своєї діяльності;
- стимулювання духовно-морального пошуку своєї життєвої позиції, самокорекція поведінки в особистісному й професійно орієнтованому аспектах самовиховання;
- стимулювання творчої діяльності (у тому числі, участь у науково-дослідній роботі, робота з оптимізації праці та відпочинку студентів тощо);
- стимулювання відносин у колективі, заснованих на чесності, довірі, відповідальній взаємозалежності;
- здійснення цілеспрямованої профорієнтації “на себе” (від школи) і “від себе” (на місце майбутньої роботи), що припускає, крім іншого, досягнення конкретного практичного знайомства з умовами,

вимогами та труднощами професійної діяльності в обраній галузі, а також організацію діалогу з потенційними роботодавцями.

8.3. Особливості психології дорослих людей у різні періоди життя

Численними дослідженнями встановлено, що в різні періоди життя людини спостерігається нерівномірний розвиток її психічних функцій. Так, найвища сприйнятливість соціального і професійного досвіду відзначається у 18–25 років, тобто в період навчання, у тому числі у вищій школі. У ці роки відбуваються найбільші зміни в інтелектуальних функціях, зростає рухливість і гнучкість зв'язків між сприйняттям та увагою. У 26–29 років увага за своїм розвитком випереджає пам'ять і мислення. Це пов'язано з визначенням життєвої позиції, зміною становища людини в родині, у колективі [7, 99].

У 30–33 роки знову відзначається високий розвиток інтелектуальних функцій: пам'яті, мислення, уваги, що знижується до 40 років.

Разом із тим виявлено, що у віці 41–46 років найбільш високий рівень розвитку має функція уваги, найнижчий рівень характерний для функцій пам'яті. Далі знижуються показники прийому інформації, інтенсивності уваги; знижується емоційна стійкість [7, 99].

Дослідженнями встановлено, що середній пік творчої активності для багатьох спеціальностей відзначається у 35–39 років. Пік творчих здібностей для різних наук неоднаковий. Для математики, фізики, хімії – 30–34 роки; геології, медицини – 35–39 років; філософії та політики – 40–55 років [7, 99].

Період зрілості за віком (40–45) був названий древніми греками “акме”, що означає вершина, момент найбільшого розквіту людської особистості. У віці 40 років людина усвідомлює, наскільки її мрії, плани збуваються і чи може вона їх коректувати. За належної корекції, активності людина благополучно переборює кризу і вступає в період зрілості. Фахівці стверджують, що найбільш небезпечним варто вважати стан застою, при якому немає прогресу в розвитку особистості, тому що все начебто досягнуто. Розумна, адекватна переоцінка цінностей у середині життя створює сприятливі можливості й передумови для успішного входження в період 40–45 – 55–60 років. Криза дорослого віку, як і інші вікові кризи, несе в собі позитивний

початок, тому що сприяє самопізнанню, саморозвиткові, якісним новоутворенням психіки [7, 102].

Наступний етап життя людини – період геронтогенезу (літній і старечий вік). Цей період, відповідно до міжнародної класифікації, починається з 55 років для жінок і 60 – для чоловіків. На думку багатьох психологів, у цей період розвиток як такий припиняється, замість нього починається розвиток окремих психологічних характеристик, але є й інші точки зору, згідно з якими процес розвитку людини безмежний, але має певні особливості: продовжується виконання соціальних ролей, професійних обов'язків. На етапі зрілості особистість відрізняють:

- зріле інтелектуальне ставлення до життя;
- зріле професійно-активне життя;
- і, найважливіше, зріле ставлення до себе – суб'єкта життя [7, 102].

Психологічно зріла особистість – це особистість, яка відповідає за сенс свого життя і перед собою, і перед іншими. Зрілі люди можуть характеризувати свої смаки, спосіб життя, стиль діяльності. У цьому віці багато хто досягає вершини професійної та суспільної кар'єри.

Однак, у зрілому віці людину чекають також чималі іспити. У професійній і соціальній ролі вона може переживати “предметну смерть”, “кризу ідентичності”, втрату рідних, близьких, знайомих. Ростуть із віком емоційні витрати, що призводять до стресових станів. Процес старіння становить генетично запрограмований процес, що супроводжується віковими змінами в психіці й організмі [7, 103].

Зміни людини як індивіда в літньому та старечому віці спрямовані на те, щоб актуалізувати резервні можливості, накопичені в організмі. При цьому вплив збереження індивідуальної організації і регуляції її розвитку в період геронтогенезу повинен підсилюватися. Щодо психічних функцій, то у віці 70–90 років особливо страждає механічна пам'ять, краще зберігається логічна; слабшає образна, але менше, ніж смислова. Провідним видом пам'яті стає логічна.

Збереження психофізичних функцій пов'язане з професією. Так, у вчених не змінюється з віком запас слів і загальна ерудиція, в інженерів – багато невербальних функцій, старі бухгалтери виконують розрахунки настільки ж успішно, як і в молодості, у водіїв, пілотів зберігається гострота, поле зору, координація в стандартних умовах. Старі люди зберігають працездатність, але складніше справляються з нормами робочого дня [7, 103].

До найтиповіших проявів змін особистості в старості відносять:

- зниження самооцінки;
- невпевненість у собі;
- зниження інтересу до нового (бурчання);
- невизначеність у завтрашньому дні;
- слабку ініціативу і т. д. [7, 103].

Виділяють чотири соціально-психологічних **типи старості**:

- 1) активна творча старість (участь у суспільному житті);
- 2) заняття справами, на які раніше не було часу (самоосвіта, розваги);
- 3) залучення своїх сил у родину;
- 4) турбота про власне здоров'я (фізична активність) [7, 103].

Досить широко в психологічній літературі використовується класифікація, відповідно до якої виділяються **типи пристосування людини в старості**:

- конструктивне ставлення до старості (задоволеність контактами, терпимість до думки інших, відсутність драматизму в разі закінчення роботи, висока самооцінка);
- залежне ставлення проявляється в підпорядкуванні кому-небудь (сімейне середовище забезпечує відчуття безпеки, емоційної рівноваги);
- захисне ставлення, для якого характерні перебільшення, емоційна стриманість, прямолінійність у звичках (такі люди залишають роботу);
- вороже ставлення до навколишніх проявляється в підозрілості до інших, порушенні контактів із молодими людьми;
- вороже ставлення людини до самої себе проявляється в пасивності, покірності, у депресії, у смутку, а відхід із життя трактується як рятування від страждань[7, 103–104].

Інтенсивність старіння інтелектуальних функцій залежить від двох факторів (внутрішнього й зовнішнього): обдарованості та утворення. Утворення протистоїть старінню, гальмує його процеси. Відзначено, що в період між 26 і 35 роками відбувається інтегрованість психічних процесів, до 35 років – становлення цілісності функціональної основи інтелектуальної діяльності. А от у період між 35 і 46 роками під впливом твердих зв'язків між психічними функціями знижуються можливості для новотворень. Це створює чинне протиріччя, яке виражається в тому, що проявляється висока інтелектуаль-

на активність і продуктивність, яка спостерігається у звичних умовах професійної роботи і в той же час виникають серйозні труднощі в оволодінні новими видами діяльності. Тому перепідготовка й постійне підвищення кваліфікації фахівців, безперервна освіта є важливою умовою інтелектуальності та професійного розвитку людини. Однак під час навчання для дорослої людини характерні кілька груп протиріч:

- диспропорція між необхідним і реальним рівнем знання для даної спеціальності;
- протиріччя між реальним рівнем знань та соціально схвалюваними нормами поведінки;
- протиріччя між прагненням краще і глибше розібратися в собі й недостатньо розвинутим механізмом рефлексії (пізнання самого себе);
- протиріччя між рівнем знань і нових проблемних завдань (самовиховання, перепрограмування психіки).

Аналіз психологічних особливостей дорослої людини не буде повним, якщо не торкнутися хоча б коротко характеристики гендерних розходжень психіки. Гендерні дослідження наочно продемонстрували статеві відмінності інтересів, бажань, професійних виборів і типів кар'єр, кар'єрних досягнень, поведінки на роботі, поєднання ролей професійних з іншими життєвими ролями. У цьому напрямі американський дослідник Д. Сьюпер запропонував одну з перших психологічних класифікацій кар'єр. У ній виділені чоловічі й жіночі типи кар'єр залежно від чергування професійних проб і періодів стабільної роботи [12, 16].

Чоловічі:

- 1) стабільна, коли суб'єкт відразу після навчання займається професійною діяльністю і незмінно слідує обраному шляху;
- 2) звичайна, коли після навчання відбувається серія професійних проб, які закінчуються стабільною роботою;
- 3) нестабільна, з чергуванням професійних проб і періодів стабільної роботи;
- 4) кар'єра з множиною проб, коли людина часто змінює вид зайнятості, не маючи стабільної роботи.

Жіночі:

- 1) кар'єра домогосподарки;

2) звична кар'єра, коли освічені жінки, вийшовши заміж, припиняють працювати і стають домогосподарками;

3) стабільна робоча кар'єра, коли здобута освіта допомагає знайти роботу, що стає справою життя;

4) дволінійна кар'єра, коли кар'єра домогосподарки узгоджується зі стабільною робочою кар'єрою;

5) переривчаста кар'єра – робота до одруження, потім перерва (народження та виховання дітей), повернення на роботу;

6) нестабільна кар'єра – чергування періодів роботи після одруження поряд із поверненням до кар'єри домогосподарки;

7) кар'єра з множинними пробами – послідовність непов'язаних видів праці без стабілізації у якій-небудь професійній галузі [11, 356].

Окрім вищеописаних чоловічих і жіночих типів кар'єр, виділяють три **типи чоловіків**:

1. Урівноважені чоловіки з нормативним самоконтролем. Протягом життя від 13–14 років до 45 зберігають продуктивність у роботі, широту інтересів, честюлюбство, самовладання.

2. Неврівноважені чоловіки зі слабким самоконтролем. У підлітковому віці проявляють бунтарство, балакучість, схильність до ризику, дратівливості та агресивності, а в зрілому – імпульсивності, мінливості, драматизацію подій, часту зміну роботи, непередбачуваність поведінки.

3. Люди з підвищеним самоконтролем у підлітковому віці виділяються емоційністю, чутливістю і самозаглибленістю, не впевнені в собі, залежні, недовірливі. Досягши сорокаліття, стають вразливими, напружені в контактах з іншими людьми, впадають у відчай у разі невдач, важко сходяться з людьми.

Існують певні **типи** особистості й серед **жінок**. Виділяють три типологічні групи:

1. Домінантний тип – характеризується захопленням технікою, творчою активністю, задоволеністю відносинами на роботі.

2. Ситуативний тип – відзначається низькою творчою активністю, високою товариськістю, прагненням до самоствердження, але має низький рівень домагань у професійній діяльності.

3. Пристосовницький конформістський тип відрізняє низька творча активність, незадоволеність роботою, оточенням, низький

рівень професійної мотивації, підозрілість, залежність від найближчого оточення [7, 101].

Гендерна диференціація, як установлено дослідженнями, демонструє деяку перевагу **чоловіків** у просторовій і тимчасовій орієнтації, у розумінні механічних рухів. **Жінки** перевершують чоловіків у спритності рук, швидкості сприйняття, швидкості мови, запам'ятовуванні різного матеріалу.

Серед основних **особистісних якостей чоловіків** більшою мірою виражені агресивність, мотив досягнення, емоційна стабільність, а в **жінок**, як правило, – соціальна стабільність; у **чоловіків** більш стійкими проявляються такі риси, як інтелектуальні інтереси, вони менш піддані мінливості настрою, їм притаманний високий рівень домагань, а в **жінок** – наполегливість, естетична чуйність, життєрадісність [7, 100–101; 8; 9; 24].

Вікові зміни організму в чоловіків і жінок відбуваються неоднаково. І ставлення їх до цього також різне. Старіння для жінки – це своєрідна трагедія, яку вона переживає часто бурхливо і досить відверто. Чоловік своє старіння переживає приховано, як щось глибоко інтимне. Скарги чоловіків мають в основному психомоторний характер. У них настає час оцінки і переоцінки пережитого. Часто чоловіки приходять до думки, що не всі можливості були використані. Така оцінка минулого призводить до надолужування, як вони вважають, утраченого. Психологи називають такий процес симптомом “зачинених дверей” (у цей симптом вони включають і проблеми професійної діяльності)¹.

8.4. Шляхи продовження професійного довголіття

Весь життєвий шлях людини формується і розвивається в процесі безперервного становлення і вирішення різноманітних за своєю природою і своїм значенням протиріч, що лежать в основі внутрішніх конфліктів особистості на тому або іншому етапі життя чи в конкретній життєвій ситуації. Внутрішній конфлікт та протиріччя з'являються не відразу, а накопичуються поступово. У якийсь момент порушується психологічна рівновага, що призводить

¹ Психологічні основи підготовки медичних кадрів.– Х.: Основа, 1995.– 216 с.– С. 145–146.

до труднощів на роботі, вдома, у спілкуванні з колегами, друзями. Далі відбувається “розрив” (людина не може робити ніяку справу, поки не вирішить протиріччя) [7, 101]. Якщо ці суперечності загострюються до межі – це криза: “Що робити далі?”

Професійна самоактуалізація є процес пошуку себе в професії, становлення своєї професійної ролі, професійного образу “Я”-особистості, куди входять і професійний імідж, і індивідуальний стиль професійної діяльності. Для актуалізації в професійному плані важливе значення має:

- визначення особистістю своїх професійних перспектив і цілей;
- досягнення їх;
- покладання нових цілей.

Інакше кажучи, необхідне постійне прагнення особистості до розкриття і реалізації свого природного творчого потенціалу. Таке активне самовизначення містить процеси особистісного розвитку, що характеризуються як самопізнання, самооцінювання та саморозвиток. Тобто для активного професійного самовизначення необхідно усвідомлювати особливості своєї особистості, враховувати ступінь відповідності цих особливостей вимогам обраної професійної діяльності й цілеспрямовано розвивати в собі необхідні для професійної діяльності якості за наявності відповідних задатків [12].

Суттєвим щодо шляхів продовження професійного довголіття, на наш погляд, є питання механізмів і динаміки розвитку професійної кар’єри у структурі конкурентоспроможності спеціаліста. У цьому напрямі досить важливим із факторів розвитку кар’єри у структурі конкурентоспроможності спеціаліста є професійна мотивація. Модель трудової поведінки Р. Хекхаузена і П. Голлвіцера поєднує мотивацію і волю, припускаючи нерозривність процесів вибору, реалізації наміру і прояву волі та мотивації в оцінці цілеспрямованої дії. Такий підхід може істотно вплинути на точність прогнозування задоволення людини працею чи результатами виконання роботи [13, 782].

Дослідження в галузі кар’єри дають змогу диференціювати кар’єру на три основні стадії: ранню, середню і зрілу.

Рання стадія кар’єри виражається в тому, що основні завдання працівника полягають у з’ясуванні рівня своїх професійних здібностей, вимог організації та перспектив. Для людини важливо проявити в роботі свій професіоналізм, майстерність, рівень кар’єрного росту і стати фахівцем.

Середня: людина прагне працювати самостійно, стати більш помітною, трудитись ефективно, самоактуалізуватися максимально в інтересах організації.

Зріла проявляється в креативній самоактуалізації, особистісно-творчій зрілості: спостерігається прагнення досягнути максимального результату і вдосконалити свій досвід та майстерність. Виникає необхідність працювати більш ефективно, йти на ризик, розвиваючи свій творчий потенціал, для збереження свого запиту на ринку праці й професійної конкурентоспроможності [12].

Кар'єрні досягнення людини багато в чому залежать від рівня її особистісного професійного розвитку. Тут мають значення такі аспекти, як:

1) кваліфікація – рівень підготовленості до якогось виду праці;
2) мотивація – і як елемент здійснюючого керівником переконання та керівництва до дії, і як самотивація, яка безпосередньо пов'язана з головними цінностями людини й не завжди стосується реалій підприємства;

3) соціалізація – стосується насамперед неформальної культури певного підприємства (неписані правила і ритуали), що може стати перешкодою для розвитку особистості. Існує ризик отримати негативну оцінку з боку керівництва чи колег за прояв ініціативи, яка може становити загрозу становищу представників організації;

4) реалізація – безпосередньо пов'язана з аспектом соціалізації. Задуми, що передбачають зміни, не зустрічають належної підтримки. Таким чином, підприємство визначає межі дії своїх співробітників і створює проблеми для їхнього кар'єрного росту.

Людину можуть задовольняти одні аспекти її роботи і не задовольняти інші, а це, у свою чергу, впливає на самооцінку, рівень мотивації індивіда, його відданість справі тощо [12].

Найважчий період становлення професійної конкурентоспроможності є ранній період особистісної зрілості. У період ранньої професійної зрілості, що пов'язаний із періодом особистісної зрілості, відбувається становлення професійної конкурентоспроможності. Можна виділити традиційні рівні професійної зрілості:

- *ранній* – пов'язаний із вибором професії;
- *середній* – пов'язаний із професійною кар'єрою і формуванням професійної конкурентоздатності;

– *пізній* рівень характеризується вищими досягненнями, творчою зрілістю.

У професійному сценарії всіх типів і рівнів професійної конкурентоспроможності відбувається не тільки успіх у кар'єрному рості, але й особистісні кризи, що пов'язані з пониженням рівня конкурентоспроможності.

У середині життя часто відбувається процес самоаналізу, пов'язаний із переоцінкою професійного вибору і просування вперед, який може привести людину до зміни напрямку своєї кар'єри. Причиною може слугувати невдоволення результатами чи характером своєї професійної діяльності, що можуть викликати певні особистісні переживання, пов'язані з кризою цього віку. Можливі зміни цінностей і цілей після сорока років. Це пояснюється так званим “поверненням мрій” [4, 812]. На думку багатьох дослідників у цій галузі, дорослим особистостям легше пережити цей період при систематичній самооцінці власних здібностей та якості реалізованого професійного становища.

Процес переоцінювання життєвого укладу, включаючи роботу, більш властивий людям саме середнього віку, оскільки у старшому віці люди або на пенсії, або характер трудової діяльності їх улаштовує, їм складніше змінювати свій спосіб життя. Люди ж молодого віку ще недостатньо визначились зі своїм професійним вибором, у них ще мало досвіду, щоб його переоцінювати [12].

Проблеми кризового періоду пов'язані не тільки з професійними кар'єрними орієнтаціями, але й родинними проблемами. Учені, описуючи хід розвитку особистості, визначили завдання для середнього віку [14, 15]:

– нагальна потреба в необхідності одночасного пристосування “до зрослої відповідальності за старіючих батьків і обов'язків стосовно дітей, що стають незалежними дорослими”;

– завдання переглянути стосунки з дітьми і відпустити їх у самостійне життя;

– навчитися жити у “спорожнілому гнізді” [4, 812–813].

Збільшення середньої тривалості життя і вплив сучасних суспільних умов дають змогу професіоналам довше працювати і діяти згідно із власним вибором [4, 817]. Виконавши свої батьківські обов'язки, незважаючи на неминучість деякого зниження доходів, вони можуть вільно змінювати свій спосіб життя, чому, у свою чергу,

сприяє терпиме ставлення сучасного суспільства до відхилень від прийнятих соціальних норм.

Проте кількість професіоналів середнього віку, що різко змінюють напрям своєї професійної діяльності, є невеликою. Як правило, це або ті, яких не влаштовує реалізація їхніх здібностей на роботі, або ті, хто вважає, що здатні на більше, але нинішня трудова діяльність цього не може дати, або це професіонали, які змушені змінювати роботу внаслідок “професійного згоряння”.

Загалом ситуація, коли неможливо досягти бажаних результатів у професійній діяльності (кар’єрі), небезпечна підвищенням рівня тривожності та порушенням душевної рівноваги, що аж ніяк не сприяє особистісному росту професіонала [12].

Таким чином, досліджуючи вікові періоди професійної конкурентоспроможності, аналізуючи джерела наукової літератури щодо проблеми продовження професійної діяльності індивіда, можна встановити, що професійні орієнтації особистості в рамках психології професійної діяльності ще недостатньо вивчені.

Проблема професійного довголіття є не тільки особистим бажанням кожного, а й насущною соціальною потребою. Питання психології здоров’я в контексті професійної діяльності групуються у двох завданнях [12]:

- виявлення резервів професійного довголіття;
- психологічне забезпечення виходу з професії за віком.

У рішенні першого завдання істотна роль відводиться психогігієні праці. З її допомогою відшукуються оптимальні варіанти організації робітничого середовища, психологічного клімату, враховуються індивідуальні особливості суб’єктів діяльності. Проблема професійного довголіття особливо стосується діяльності працівників, на яких покладені функції управління, відповідальності за роботу інших. Професійна діяльність вимагає постійної напруги, енергії, відрізняється хвилюваннями і перевтомою. Її відрізняють насичений робочий день, енерговитрати, нервова напруга. Однією з найважливіших умов підтримки психічного здоров’я в процесі професійної діяльності є вміння людини користуватися прийомами психічного самоврядування (саморегуляції), тобто здійснювати свідомі впливи на психічні явища (процеси, властивості, стани, поведінку).

Виконання другого завдання – забезпечення виходу на пенсію – закладається протягом усього життя людини. Але збереження працездатності може забезпечуватися не тільки за рахунок сприятливого

зовнішнього середовища, раціональної організації праці, а й профілактикою вікових змін організму і психіки.

Питання для самоконтролю

1. Основні варіанти та фази розвитку професіонала.
2. Особливості психології дорослих людей у різні періоди життя.
3. Шляхи продовження професійного довголіття.
4. Резерви професійного довголіття.
5. Стомлюваність і фізична активність.
6. Прийоми регуляції взаємин.
7. Безконфліктне завершення професійного шляху.
8. Особливості психології дорослих людей у різні періоди життя.

Тема практичного заняття

Гендерні особливості психологічної підтримки особистості

Література

1. Волянчук Н. Ю. Психологія професійного становлення толерантності // Психол. перспективи.– Вип. 2.– Луцьк: РВВ “Вежа” ВНУ ім. Лесі Українки, 2008.– С. 26.
2. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья.– СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 1999.– 1021 с.
3. Квин В. Прикладная психология.– СПб.: Питер, 2000.– 560 с.
4. Крайг Г. Психология развития.– СПб.: Питер, 2000.– 992 с.
5. Маслоу А. Г. Мотивация и личность: Пер. с англ.– СПб.: Евразия, 1999.– 478 с.
6. Мягков И. Ф., Боков С. Н. Медицинская психология: Основы патопсихологии и психопатологии: Учеб. для вузов.– М.: Изд. корпорация “Логос”, 1999.– 232 с.
7. Психология здоровья человека / Г. В. Ложкин, О. В. Носкова, И. В. Толкунова / Под ред. В. И. Носкова.– Севастополь: Вебер, 2003.– 257 с.
8. Психология здоровья: Учеб. для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова.– СПб.: Питер, 2003.– 607 с.

9. Психология здоровья / Г. С. Никифоров, В. А. Ананьев, И. Н. Гуревич и др. / Под ред. Г. С. Никифорова.– СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2000.– 504 с.
10. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоров'я: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко.– М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2001.– 604 с.
11. Социальная психология личности в вопросах и ответах: Учеб. пособ. / Под ред. В. А. Лабунской.– М.: Гардарики, 2001.– 397 с.
12. Ткач Р. В. Поняття професійної кар'єри у психології менеджменту, її види та динаміка розвитку // Зб. наук. пр. (Психол. науки).– № 2.– Бердянськ: БДПУ, 2005.– 213 с.
13. Управление человеческими ресурсами / Под ред. М. Пула, М. Уорнера.– СПб.: Питер, 2002.– 1200 с.
14. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности.– СПб.: Питер, 1999.– 608 с.
15. Юнг К. Г. Психологические типы.– СПб.: Ювента, 1995.– 252 с.
16. Super D. E., Bahn M. Y. Occupational psychology.– L.: Tavistock, 1971. X+209 p.

Частина III. ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

ЗДОРОВ'Я

Розділ 9. ПРОФЕСІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ ПСИХОЛОГА В ПСИХОЛОГІЇ ЗДОРОВ'Я

9.1. Мета і завдання фахівця-психолога в галузі здоров'я

Спеціалізація в психології здоров'я припускає наявність знань в області загальної, соціальної, вікової, педагогічної, медичної психології, патопсихології, психодіагностики тощо. Крім теоретичної підготовки, психологу потрібні спеціальні навички й уміння. Нарешті, він повинен мати певні особистісні характеристики. Насамперед мусить усвідомлювати й уміти вирішувати власні проблеми, тому що вони провокують помилки в роботі. Психолог є моделлю, і тому його стан багато в чому визначає сферу змін, що відбуваються з людиною, яка потребує психологічної допомоги.

Виділяють *дві сфери практичного застосування психології здоров'я*:

- 1) завдання, що виконуються на теренах медицини і концентруються на хворих особах;
- 2) дії, спрямовані до здорового населення в його природному середовищі.

Головним напрямом професійної активності психолога у сфері здоров'я є *промоція здоров'я, робота із хворою людиною і орієнтація на її здоров'я*. Вона охоплює *діагностичні й терапевтичні дії, а також реабілітацію* та має свою специфіку порівняно зі сферою психіатрії [11, 6].

Виокремлені тут завдання психолога аналогічні до діяльності лікаря, однак варто звернути увагу на важливі відмінності. Вони виникають з іншої професійної філософії психолога, в основі якої – психологічна концепція людини.

Для психології властиве:

- трактування людини як суб'єкта;
- визнання її права на прийняття рішення щодо власної поведінки;

– відповідальність людини за наслідки власних дій (у цьому випадку стосовно здоров'я).

Натомість лікарі, на відміну від психологів, очікують від пацієнтів швидше підпорядкування, ніж суб'єктних рішень.

Психологічна допомога в медичній практиці полягає в:

– клініко-психологічному дослідженні й оцінці стану пацієнта,

– аналізі психологічних і психосоматичних аспектів хвороби та психологічній допомозі із застосуванням сучасних аспектів психотерапії, психопрофілактики, психогігієни.

За І. Гешен [6, 38], можливості застосування психологічного знання в медицині не обмежується роботою з пацієнтом. Виконання професійної діяльності працівниками служби охорони здоров'я пов'язане зі значним навантаженням, що потребує вміння долати стрес. Стосовно цих працівників психолог може здійснювати *психологічно-освітницьку діяльність*, спрямовану на формування необхідних у роботі інтерперсональних умінь. Психологічна допомога може також стосуватися відносин лікаря і пацієнта, подолання проблем цих стосунків, які найчастіше пов'язані з недотриманням рекомендацій лікаря, а також орієнтації не лише на цілі терапії, й потреби пацієнта.

Важливим завданням є робота *із сім'єю* пацієнта, котра не лише переживає наслідки його хвороби, а й впливає на реакції та поведінку хворого.

Психолог також може бути корисним у розв'язанні *організаційних проблем установи*, де працює. Установи служби охорони здоров'я є соціальними системами, до яких належить як лікувальний персонал, так і пацієнти. По суті, кожне рішення, яке стосується організації й управління такою системою, можна прокоментувати із психологічного погляду.

У цілому психолог у сфері охорони здоров'я може працювати й виконувати таку роботу:

– проводити консультативну та діагностичну роботу у закладах охорони здоров'я та соціального забезпечення, у клініках із соматичними і психічними хворими, у консультативних центрах здоров'я, реабілітаційних центрах, соціально-психологічних службах (служба сім'ї, телефон довіри тощо);

– проводити профорієнтаційну роботу (здійснювати професійний добір, профадаптацію, профнавчання, соціально-психо-

логічне вивчення трудових колективів, дослідження причин плинності кадрів, травматизму, консультування тощо);

- займатися дослідженнями індивідуальних якостей клієнтів, визначенням впливу умов лікування на психіку й поведінку клієнтів, аналізом процесів лікування та психологічного стану людини під час лікування й реабілітації, психодіагностикою при різних соматичних і психічних захворюваннях;

- готувати рекомендації і пропозиції щодо впровадження результатів медико-психологічних досліджень у практику медичних закладів, визначення впливу середовища на нервово-психічне здоров'я клієнтів, здійснення заходів клінічної та соціальної адаптації клієнтів;

- установлювати раціональні режими праці та відпочинку медичних працівників, покращувати соціально-психологічний клімат, умови праці у клініках і лікарнях, контроль за їх виконанням, надавати рекомендації щодо умов оптимального використання особистих трудових можливостей досліджуваних з урахуванням перспектив розвитку професійних здібностей; проводити трудову адаптацію медичних працівників;

- консультувати керівників і спеціалістів із соціально-психологічних проблем управління та організації професійної діяльності;

- забезпечувати проведення досліджень у галузі психології, готувати науково обґрунтовані пропозиції, спрямовані на підвищення ефективності лікування і реабілітації, проводити наукову й педагогічну роботу в галузі психології;

- проводити судово-психологічні та судово психолого-психіатричні експертизи.

Але головним, звичайно, є попередження та промоція здоров'я. Дії, адресовані здоровому населенню, – це, передусім, промоція здоров'я. Це інтердисциплінарна справа, проте роль у ній психології як дисципліни, що вивчає механізми поведінки людини, є дуже важливою. Промоція здоров'я є справжнім сучасним викликом для психології, оскільки означає роботу в природному соціальному середовищі, пошук нових, успішних умов, методів роботи, а також необхідність співпраці з іншими спеціалістами й окреслення власної ролі в інтердисциплінарних підходах.

9.2. Методи науково-психологічних досліджень у психології здоров'я (двіжна, 27- 35)

Характер предмета і принципів психологічної науки визначає її методи. За своїми методами психологічні дослідження суттєво відрізняються від інших наук.

За рівнем застосування методи поділяють на **універсальні й спеціальні**. *Універсальними методами* називаються ті методи, які використовуються не тільки в психології здоров'я, а й в інших галузях наукового знання. До *спеціальних методів* належать ті які використовуються лише у визначеній галузі знань, зокрема психології здоров'я.

Методи психологічних досліджень поділяють:

1. Пізнавальні:

- організаційні;
- емпіричні;
- методи обробки;
- методи інтерпретації та висновку.

2. Методи активного психологічного впливу:

- методи психологічної консультації;
- методи психологічної корекції;
- методи психологічного тренінгу;
- методи психологічної терапії та реабілітації.

Організаційні методи:

Порівняльний — реалізується зіставленням груп досліджуваних, які відрізняються за віком, видом діяльності.

Лонгітюдний — виявляється в багаторазових обстеженнях тих самих осіб протягом тривалого часу.

Комплексний — коли той самий об'єкт вивчається різними засобами й представниками різних наук, що дає можливість із різних боків охарактеризувати особистість.

До групи емпіричних методів входять:

- спостереження і самоспостереження;
- експериментальні методи;
- психодіагностичні методи (тести, анкети, опитувальники, соціометрія, референтометрія, інтерв'ю, бесіда);
- аналіз продуктів діяльності;
- біографічний метод;

-трудоий метод.

Метод **спостереження** полягає в тому, що експериментатор збирає інформацію, не втручаючись у ситуацію. Види спостереження (за В.В. Нікандровим) (Загальна психологія: Підручник для студентів виш. навч. закладів / С.Д. Максименко, В.О. Зайчук та ін.: - К.: Форум, 2000- — 543 с.):

- 1) об'єктивне (зовнішнє) — самоспостереження (інтроспекція);
- 2) польове (природне) - лабораторне (експериментальне);
- 3) індивідуальне - колективне;
- 4) випадкове - навмисне;
- 5) систематичне — несистематичне;
- 6) повне - неповне;
- 7) суцільне - вибіркоче;
- 8) констатуюче - оцінююче;
- 9) стандартизоване - нестандартизоване;
- 10) відкрите - приховане;
- 11) включене - невключене;
- 12) пряме (безпосереднє) - непряме (опосередковане)
- 13) спровоковане - неспровоковане.

Головною *перевагою* спостереження є те, що збір інформації, як правило, не впливає на хід подій та не перешкоджає природності психічних проявів, що спостерігаються.

До *недоліків* методу можна віднести: 1) пасивну роль спостерігача, який не може впливати на появу тих подій, які його цікавлять; 2) важкість формалізації даних, що ускладнює їх кількісний аналіз; 3) важкість точного встановлення причин явищ, що спостерігаються, через неможливість урахування всіх чинників, які впливають; 4) мимовільну упередженість спостерігача, зумовлену деякими закономірностями соціальної перцепції.

Спостереження вимагає чіткості й точності реєстрування його показників.

Інтроспекція (метод самоспостереження) виступає як засіб вивчення, аналізу та синтезу власних вчинків і дій, порівняння своїх думок з думками інших людей, дослідження особистісного психічного досвіду.

Поняття про експеримент

Здійснення експериментів у психології було започатковане ще в XVIII столітті. Як науковий напрям психології експериментальна психологія сформувалася в другій половині XIX століття.

Психологічний експеримент — це спосіб чуттєво-предметної діяльності в науці, метод пізнання психічної реальності. Вивчення явищ психіки, свідомості й діяльності людини здійснюється в спеціально створених і контрольованих дослідником умовах.

Існують три види психологічного експерименту:

- лабораторний;
- природний;
- експериментально-генетичний.

Лабораторний експеримент

Він проводиться в психологічних лабораторіях, спеціально обладнаних необхідною апаратурою, яка вимірює і реєструє показники психічних явищ.

Природний психологічний експеримент

Природний експеримент здійснюється так, щоб у досліджуваних не виникла підозра, що їх психологічно вивчають, тобто за звичних умов (ігри дітей, навчання в школі, діяльність працівника на робочому місці тощо). У природному експерименті розрізняють два види: а) *констатуючий* і б) *перетворюючий або формуючий* (завдання навчання або виховання).

На відміну від лабораторного під час природного психологічного експерименту важче досягти наукової чистоти. Природний психологічний експеримент широко застосовується в педагогічній психології у формі навчання й виховання.

Обмеженість психологічного експерименту виявляється в тому, що:

а) не всі об'єкти психологічного вивчення можуть стати об'єктом суто наукового експериментального студіювання (наприклад, інсайт (осаяння), здібності, інтуїція);

б) технічні засоби, які допомагають дослідникові здійснювати психологічний експеримент, впливають на перебіг психічних процесів, що певною мірою спотворює сутність дослідження;

в) психологічний експеримент, як і спостереження, спрямований на поодинокі явища, він не виходить за межі безпосереднього відображення психічної реальності.

Для **біографічного методу** характерно використання матеріалів, що стосуються особливостей життя людини, її розвитку як особистості, аналіз важливих подій в дитинстві, юнацтві, навчальній і трудовій діяльності, внаслідок чого реконструюються характерні риси особистості.

Трудовий метод передбачає включення дослідника в конкретну діяльність (професійну, громадську тощо), оволодіння її технологією, входження у відповідну роль із метою вивчення ніби зсередини її закономірностей.

Значного поширення набули **тести**, які використовуються для визначення властивостей особистості, вимірювання рівня розвитку відповідності до стандарту.

Тест складається із завдань або питань, що добираються за критеріями валідності (відповідності психічній якості, які за його допомогою виявляються), надійності (повторюваності результатів вимірювання), стандартизованості (налагодженості в процесі перевірки на великій кількості досліджуваних із визначенням достатнього рівня чутливості) тощо. Результати тестування інтерпретуються за допомогою **ключа**. Застосування **анкет** (опитувальників) допомагає збирати фактичний матеріал, що стосується характеру, змісту та спрямованості думок, оцінок, настроїв людей.

Додаткові методи (див. Схему 1.1):

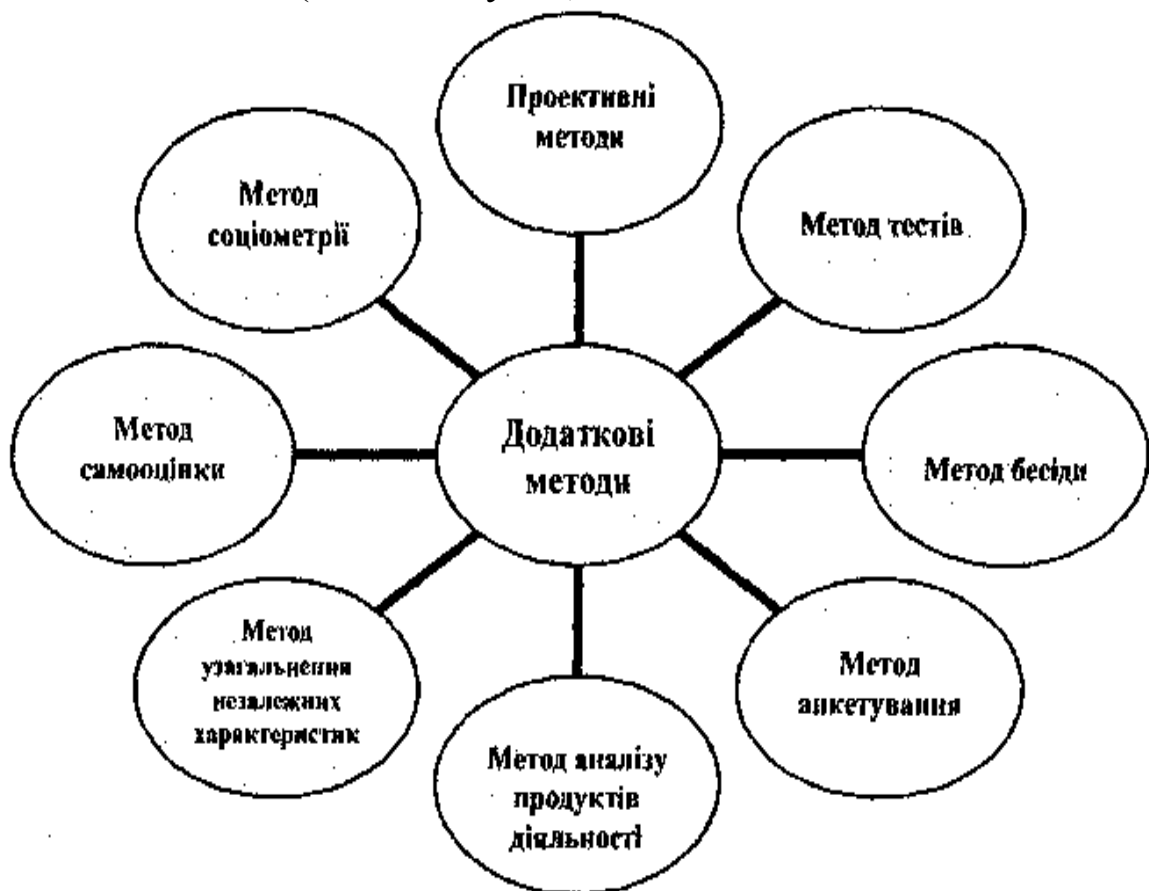


Схема 1.1. Додаткові методи дослідження

Соціометричний метод забезпечує вивчення стосунків між членами груп, виявляє їхню структуру (лідерів, аутсайдерів тощо) на основі відносно простої процедури вибору одними членами групи інших за параметрами симпатії - антипатії.

Референтометричний метод дозволяє вивчити думку членів групи стосовно певних цінностей, ідеалів тощо.

Інтерв'ю та бесіда як методи здобуття інформації про особистість, її погляди, самооцінку, ціннісні настановлення, психічні властивості спираються на попередньо розроблену програму, гнучку стратегію формування запитань залежно від очікуваних та отриманих відповідей.

Під час бесіди інтерв'юер може порушувати кілька тем, на відміну від інтерв'ю, коли кореспондент із респондентом обговорює тільки одну тему і згідно із заздалегідь визначеним планом.

Аналіз продуктів діяльності як метод дослідження можливий за наявності об'єктивних (матеріальних або матеріалізованих) наслідків діяльності людини, таких як архівні матеріали, чернеткові записи, щоденники, креслення, варіанти ескізів і малюнків тощо, їх аналіз дає підстави ретроспективно відтворювати закономірності психічної діяльності особистості, її психічні властивості.

Метод самооцінки виявляє рівень здатності особистості оцінювати себе загалом або окремі морально-психологічні якості. Показники самооцінки є важливими для з'ясування рівня розвитку самосвідомості особистості, вміння критично ставитися до своїх вчинків.

Методи обробки даних

Кількісний аналіз - це визначення середніх величин, коефіцієнт кореляції, факторний аналіз, побудова графіків, гістограм, схеми, таблиці, матриці.

Якісний аналіз передбачає аналіз і синтез отриманих даних, їх систематизацію та порівняння з результатами інших досліджень.

Інтерпретаційні методи

Генетичний метод — аналіз психологічних даних у процесі розвитку з виділенням стадій, критичних моментів, суперечностей тощо. Генетичний підхід полягає у вивченні психічних явищ у динаміці, при переході у філогенезі та онтогенезі з одного рівня розвитку на інший.

Структурний, системний метод передбачає встановлення зв'язків між усіма психічними якостями індивіда. Полягає в реалізації

особистісного підходу, коли всі психічні властивості розглядаються в цілісній системі. Однією з форм реалізації системного підходу в психологічному дослідженні є особистісний підхід, що передбачає вивчення конкретної особистості в конкретній ситуації.

Сучасній науковій психології властиві не лише великі методичні можливості в пізнанні закономірностей психіки, а й здатність при потребі активно впливати на психічні властивості особистості. Потреба в цьому виникає, коли людина потрапляє у психотравмуючі ситуації - внаслідок міжособистісних конфліктів, стихійного лиха або техногенної катастрофи тощо. У цих випадках застосовуються *методи активного психологічного впливу* на людину з метою поліпшення її стану, подолання негативних наслідків для психіки. Ці методи може застосувати тільки професійно підготовлений фахівець (психолог).

Методи активного впливу на особистість:

- психологічна консультація;
- психокорекція;
- психотренінг;
- психологічна терапія та реабілітація.

Психологічна консультація проводиться з метою надання людині психологічної допомоги. Під час спеціально організованого спілкування можуть бути актуалізовані додаткові психологічні можливості виходу людини з важкої життєвої ситуації.

Психологічна корекція передбачає подолання певних відхилень у поведінці та діяльності людини засобами вивчення індивідуальних особливостей особистості, їх відповідності до вимог навколишнього соціального та природного середовища, виявлення і подолання існуючих суперечностей, формування нових цілей, цінностей, мотивацій поведінки, розробки програми зміни способу життя, перетворення під час самопізнання і самовиховання, розвитку здатності до саморегуляції тощо.

Психологічний тренінг (вправи, ділові ігри тощо) застосовується для розвитку здібностей, наприклад, уваги, пам'яті, мислення, уяви тощо. Наприклад, тренінг на тему: «Виховання здорового способу життя», «Відкритими очима» (реалізація комплексних підходів нормування мотивації до ЗСЖ (здорового способу життя)). Мета тренінгу: сприяння особистісному зростанню, утвердження цінностей активної та здорової життєтворчості.

Психологічна терапія та реабілітація - це система спеціальних психологічних методів оздоровчого впливу на людину для нормалізації її психічного стану — під час перебування у важкому стресі тощо. У процесі психологічної терапії та реабілітації застосовуються техніка гіпнозу, аутогенного тренування, арттерапія (оздоровлення мистецтвом), терапія творчим : амовираженням, трудотерапія тощо.

Отже, сучасна наукова психологія має у своєму розпорядженні широкий арсенал методів активного дослідження, пізнання та впливу на психіку людини, щоб допомогти їй у складних умовах нинішнього напруженого, динамічного життя.

9.3. Етико-психологічні принципи роботи в сучасній індустрії здоров'я

У системі регуляції діяльності професіонала-психолога важливу роль відіграють **етичні принципи** – сукупність етичних норм і принципів поведінки психолога під час виконання ним своїх професійних обов'язків. Етика визначає закони моралі й моральності, порушення яких часто не веде до кримінальної чи адміністративної відповідальності, але призводить до морального суду, “суду честі”. Етичні норми поведінки досить динамічні. Передусім, вони підлягають впливу суспільних факторів і норм суспільної моралі.

Професійні співтовариства психологів санкціонують систему норм, які зобов'язаний знати й на які орієнтується у своїй роботі психолог. На I установчому з'їзді Товариства психологів України 20 грудня 1990 року в м. Києві прийнято Етичний кодекс психолога, який закріплює права й відповідальність, тип відносин учасників психологічного процесу. Цей нормативний акт є гарантом високопрофесійної, гуманної, високоморальної діяльності психологів України, здійснюваної залежно від спеціалізації та сфери їх інтересів.

Етичний кодекс психолога становить сукупність етичних норм, правил поведінки, що склались у психологічному співтоваристві й регулюють його життєдіяльність. Об'єктом досліджень і впливу психологів є внутрішній світ особистості, тому їхні контакти з іншими людьми повинні бути теплими, доброзичливими, цілющими. Етичний кодекс сприяє більш успішному здійсненню психологами своєї професійної діяльності. Зокрема, психолог у галузі охорони здоров'я

допомагає у виконанні функцій, пов'язаних із профілактикою захворювань, лікуванням, реабілітацією пацієнтів.

Заснована Товариством психологів України Комісія з етики проводить роботу, спрямовану на правильне тлумачення психологами Етичного кодексу, здійснює контроль за його дотриманням, забезпечує формування у психологів сприйняття цього Кодексу як зобов'язання перед громадськістю, як одного з важливих актів чинного законодавства. Найбільш загальними принципами, що забезпечують дотримання професійної етики в психологічному процесі, прийняті й визнані об'єднаннями психологів у різних країнах, є такі: [1; 4].

1. Відповідальність. Психолог приймає на себе відповідальність за організацію, хід і результат психологічного втручання. Його робота повинна будуватися на основі врахування інтересів так званого клієнта. Важливо правильно розуміти ці інтереси.

Спеціального розгляду вимагає **когнітивна відповідальність** [4]. Під цією нормою розуміється, що психолог відповідає за свої знання й розуміє межі своєї компетентності. Наприклад, установлення точного психіатричного діагнозу й корекційна робота на його основі вимагають участі психіатра. Будучи фахівцем у певній області, психолог повинен здійснювати кваліфіковані дії на основі професійної підготовки, а не сваволі. Це не суперечить творчому підходу, пошуку. Однак для того, щоб пошук був не стихійним, а продуктивним, необхідне глибоке розуміння ситуації, а для цього потрібна спеціальна підготовка.

2. Конфіденційність є другим важливим принципом у роботі психолога. Дотримання інтересів людини, з якою працює психолог, вимагає зберігати в таємниці все, що відбувається під час роботи. При цьому варто враховувати позицію й статус психолога в системі професійної комунікації. Він не повинен надавати інформацію про клієнта якій-небудь посадовій особі. Не слід говорити про зміст роботи й батькам, навіть якщо вони були ініціаторами звертання дитини за допомогою. Насамперед відстоюються права клієнта, і конфіденційність є їхньою важливою частиною. Серед інших факторів дотримання цього принципу викликає довіру до фахівця та сприяє встановленню гарних відносин.

У той же час конфіденційність має свої межі і про них варто попередити клієнта на початку роботи. Про можливості обговорювати проблему клієнта з колегами, насамперед із супервізором, також повідомляється на початковій стадії роботи. Особливого розгляду вимагає

дотримання конфіденційності під час роботи в групі. Психолог відповідає за формування таких групових норм, які могли б створити атмосферу довіри, коли те, що відбуває в групі, не виходить за її рамки.

Якщо клієнт повідомив будь-яку інформацію про можливу небезпеку для свого життя, здоров'я, благополуччя або життя інших людей, то психолог вживає заходів для запобігання їй. А це може вимагати втручання інших осіб і розголошення інформації. Наприклад, психолог не може залишити без уваги повідомлення про задумане самогубство або бажання завдати шкоди собі чи іншим особам. Але навіть у цій ситуації дії психолога повинні бути максимально обережними та співвідноситися з інтересами клієнта.

3. Наступне положення пов'язане зі ставленням до людини, яка потребує психологічної допомоги. Воно повинне базуватися на прийнятті клієнта таким, яким він є. Тоді і сам клієнт зможе прийняти себе. Парадоксальність цієї ситуації полягає в тому, що, тільки прийнявши себе, людина здатна змінюватися. Психолог і як людина, і як професіонал, і як громадянин має свої цінності й ідеали. Але, навіть будучи переконаним у загальнолюдській значимості своїх цінностей, він не маніпулює думками й установками клієнта. Психолог не навчає та не вказує “праведного шляху”, хоча кожен напрям будується на цілісному світогляді, на специфічному розумінні шляхів розвитку особистості й має свій ідеал здорового функціонування.

Зупинимося детально на деяких етичних вимогах, наслідування яких є особливо важливим, відповідно до бачень Ю. Е. Альошиної, О. О. Бодальова, О. Ф. Бондаренко, В. В. Століна, під час консультативної бесіди із клієнтом, і які обов'язково повинен урахувувати психолог:

1. Доброзичливе й безоцінювальне ставлення до клієнта.

Це формулювання включає в себе цілий комплекс професійної поведінки, спрямованої на те, аби клієнт почував себе спокійно й комфортно під час консультування. Доброзичливе ставлення означає не лише дотримання загальноприйнятих норм поведінки, але й уміння уважно слухати, надавати необхідну психологічну підтримку, не засуджувати, а намагатися зрозуміти і допомогти кожному, хто звертається за допомогою.

2. Орієнтації на цінності й норми клієнта.

Цей принцип означає, що психолог під час своєї роботи повинен орієнтуватися не на соціально прийняті норми і правила, а на

ті життєві принципи й ідеали, носієм яких є клієнт. Ефективний вплив можливий лише в разі опору на систему цінностей самого клієнта; критичне ставлення консультанта може призвести до того, що клієнт закриється, не зможе бути щирим і відкритим, а відповідно, і можливості психологічного впливу виявляться практично нереалістичними. Приймаючи цінності клієнта, поважаючи їх і надаючи їм перевагу, консультант може впливати на них у тому випадку, якщо вони є перешкодою на шляху нормального функціонування особистості.

3. Заборона давати поради.

Клієнтам не можна давати поради. Причини цього досить широкі й різнобічні. Насамперед, яким би не був життєвий і професійний досвід психолога, дати гарантовану раду іншому неможливо, оскільки життя кожного унікальне й непередбачуване. До того ж, даючи раду, консультант повністю бере на себе відповідальність за те, що відбувається. А це, у свою чергу, не сприяє розвитку особистості клієнта і його адекватного ставлення до дійсності. У такій ситуації психолог ставить себе в позицію “гуру”, що реально шкодить консультуванню, призводить до того, що у клієнта формується не активне намагання розібратися у своєму житті та змінити його, а формується пасивне й поверхове ставлення до того, що відбувається. При цьому будь-які невдачі під час реалізації поради зазвичай приписуються консультанту, а клієнт не розуміє своєї ролі в тих подіях, які він переживає чи які з ним відбуваються.

4. Розмежування особистих і професійних взаємин.

Ця вимога передбачає відмову психолога від дружних взаємин із клієнтом, відмову від надання кваліфікованої психологічної допомоги рідним чи друзям. Якщо психолог порушує цей принцип, то це може стати досить небезпечним, як для нього самого, так і для клієнта, та обезцінити процес надання психологічної допомоги.

Навіть психологу-професіоналу необхідно самому проходити процес консультування з іншим професіоналом. Важко уявити, що людина, яка не отримала спеціальної і глибокої підготовки, зможе успішно справлятися з цими складними проблемами. Психологу потрібно розуміти, що збереження його авторитету перед клієнтом багато в чому визначається тим, що останній мало знає про нього як про людину і, таким чином, у клієнта немає підстав захоплюватися ним як консультантом, чи засуджувати його як особистість. Установлення тісних особистісних відносин між психологом і клієнтом

приводить до того, що вони як близькі люди починають задовольняти ті чи інші потреби та бажання один одного. У цьому випадку консультант уже не може зберегти об'єктивну й відсторонену позицію, яка є такою необхідною для вирішення проблем клієнта.

5. Включеність клієнта в процес консультування.

Для того, аби процес консультування був ефективним, клієнт повинен бути максимально включеним у бесіду в процесі психологічної допомоги, яскраво й емоційно переживати все, що обговорюється з психологом. Для того, аби забезпечити таке включення, психолог повинен стежити, щоб розвиток розмови був логічним і зрозумілим для клієнта, людина не просто “підкорялась”, а щоб їй дійсно було цікаво. Адже лише в тому випадку, коли цікаво і все обговорюване є зрозумілим, можна активно шукати шляхи реалізації проблемної ситуації, переживати й аналізувати її [1].

Етичних проблем сучасної медичної психології значно більше, ніж названо вище, однак найбільш дискусійними вважаються саме вони.

Окрім вищепредставлених принципів роботи із клієнтом, психолог повинен володіти знаннями щодо особливостей проведення діагностичного й терапевтичного процесів. Основним методом роботи із клієнтом у сфері здоров'я є бесіда, або клінічне інтерв'ю. Для ефективного психологічного впливу важливе значення мають просторова й часова організація бесіди (Ю. Е. Альошина, О. О. Бодальов, О. Ф. Бондаренко, Л. А. Петровська, В. В. Столін).

Простір бесіди [1]. Ідеальною для надання психологічної допомоги є ситуація, коли консультант має можливість приймати клієнта у спеціально обладнаній кімнаті, кабінеті, де максимально забезпечені усамітненість, зручність і комфорт, де ніщо не відвертає уваги клієнта, не відволікає його від бесіди.

Ідеальний варіант розташування психолога і клієнта – навпроти один одного і трохи набік, аби кожен із них мав змогу бачити обличчя один одного, але в той же час, за бажання, міг без труднощів відвести очі вбік. Найкраще, аби вони сиділи не досить близько один від одного й у них було достатньо місця для того, аби, за потреби, підняти і потім сісти на місце. Буває корисно, коли між ними є журнальний столик, куди можна щось покласти або, наприклад, вести записи. Але великий стіл може стати перепорою і сприйматись як бар'єр між клієнтом та психологом.

Час бесіди [1]. Час є досить важливою характеристикою консультативної бесіди. Час вибирається зручний і для клієнта, і для психолога. Бесіда має чітко визначені початок та кінець. Годинник на столі й на стіні є важливим атрибутом кабінету психолога, що нагадує консультанту і клієнту, що час іде, а тому необхідно працювати активно й динамічно. Для психолога важливо вкластися в години прийому і завершити всі етапи бесіди, оскільки в іншому випадку клієнт утратить віру в психолога й ефективність психологічного впливу.

Наведені вище правила, норми та принципи психологічного процесу слугують орієнтиром у роботі психолога у сфері здоров'я. Але головним є усвідомлення і розуміння того, що від психолога потрібна не ідеологізація, а допомога в особистісному виздоровленні, зростанні, у набутті навичок бути самостійним та самостійно приймати рішення. Тому, як уже зазначалося вище, неетичними, непрофесійними й неефективними є поради й маніпуляції. Головне, до чого прагне психолог, – щоб людина, яка потребує психологічної допомоги, сама приймала на себе відповідальність за свої потреби та поведінку й обрала правильний шлях до здорового психологічного і фізичного життя.

Розділ 10. ПСИХОДІАГНОСТИКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

10.1. Орієнтована оцінка здорової поведінки [2; 22]

Інструкція: Обведіть кружечком число балів, що відповідає кожній відповіді.

Таблиця 10.1.1

Питання для оцінювання здорової поведінки	Бали
1	2
<i>Скільки разів на тиждень Ви займаєтеся фізкультурою протягом принаймні 20 хвилин без перерви?</i> 3 дні й більше; 1 або 2 дні; жодного разу	 10 4 0
<i>Як часто Ви курите?</i> ніколи; дуже рідко; іноді; щодня	 10 5 3 0

<p><i>Яку кількість алкоголю Ви вживаєте?</i></p> <p>не вживаю взагалі; не більше 1 порції (50 г міцних напоїв) у тиждень; 2–3 порції в тиждень, але не більше 2 на день; 4–6 порцій у тиждень й іноді більше 2 на день; більше 6 порцій у тиждень</p>	<p>10 8 6 2 0</p>
<p><i>Скільки разів на тиждень Ви снідаєте?</i></p> <p>жодного разу; 1 або 2; 3 або 4; 5 або 6; 7</p>	<p>0 2 5 8 10</p>
<p><i>Як часто Ви перекушуєте між основними прийомами їжі?</i></p> <p>ніколи; 1 або 2 рази в тиждень; 3 або 4 рази в тиждень; 5 або 7 разів у тиждень; 8 або 10 разів у тиждень; більше 10 разів у тиждень</p>	<p>10 8 6 4 2 0</p>
<p><i>Як багато часу на добу Ви спите?</i></p> <p>більш 10 годин; 9 або 10 годин; 7 або 8 годин; 5 або 6 годин; менше 5 годин</p>	<p>4 8 10 6 0</p>

Закінчення таблиці 10.1.1

<p><i>Співвідношення Вашої ваги до ідеального для Вашого зросту і статі?</i></p> <p>перевищує більш ніж на 30 %; перевищує на 21–30 %; перевищує на 11–20 %; не більше ніж на 10 %; нижче на 11–20 %; нижче на 21–30 %; нижче більш ніж на 30 %</p>	<p>0 3 6 10 6 3 0</p>
Загальна кількість балів:	

Інтерпретація:

- 60–70 балів: ваше ставлення до власного здоров'я варто оцінити як відмінне (якщо тільки в одному з розділів ви не втратили всі 10 балів);
- 50–59 балів: ви поведетеся добре, але можете і краще, є резерви;

- 40–49 балів: вашу поведінку можна оцінити як середню; багато чого в ній варто було б змінити;
- 30–39 балів: ви досить посередньо ставитеся до свого здоров'я; при правильному способі життя ви могли б одержувати від життя більше задоволення;
- менше 30 балів: ви серйозно зневажаєте своїм здоров'ям; без усякого сумніву, ви заслуговуєте кращого ставлення до себе.

10.2. Орієнтовна оцінка емоційного благополуччя [2; 22]

Інструкція: За допомогою цієї таблиці можна оцінити рівень вашого емоційного благополуччя. Обведіть кружечком цифри, які відповідають тим відповідям, що найбільше вам підходять.

Таблиця 10.2.2

Питання	Згідни й значною мірою	Згідни й деякою мірою	Не згідний зовсім
1	2	3	4
У мене багато друзів	2	1	0
Схоже, я подобаюся людям	2	1	0
Я пишаюся тим, як прожив своє життя дотепер	2	1	0

Закінчення таблиці 10.2.2

1	2	3	4
Мені просто пристосуватися до раптових змін ситуації	2	1	0
Я знаю, що я сам відповідаю за своє	2	1	0
Мені легко любити інших людей	2	1	0
Мені подобається моя робота (навчання)	2	1	0
Мені просто виражати свої почуття	2	1	0
Зазвичай, я щасливий	2	1	0
Мені подобається більшість людей, із якими я знайомий	2	1	0
Я знаю, що належну до тих, із ким люди хотіли б спілкуватися	2	1	0
Мені б не хотілося багато чого змінювати в собі	2	1	0
Загальна кількість балів:			

Інтерпретація:

- 22–24 бали: ви досягли емоційного благополуччя. Ви поважаєте себе, відчуваєте свою індивідуальність і вмієте радіти життю;
- 18–21 бал: вас якоюсь мірою можна назвати щасливим, але, очевидно, ви не зовсім задоволені собою та недооцінюєте себе як особистість;
- 17 балів і менше: ви могли б одержувати від життя набагато більше радості, ніж тепер.

10.3. Аутоаналітичний опитувальник здорової особистості [2; 22]

Інструкція: Постарайтеся щиро відповісти на запропоновані питання. Відповідь “Так” оцінюється трьома балами, відповідь “Ні” – одним. Сподіваємося, що відповіді допоможуть вам глибше заглянути в себе, поміркувати над тим, що в собі можна змінити, що варто придбати, від чого позбутися. Треба пам’ятати, що цей опитувальник призначено не стільки для того, щоб дати кількісну оцінку “зрілості” вашої особистості, що в принципі неможливо, скільки для того, щоб зробити тест засобом самоаналізу на шляху удосконалення.

1. Ви наважуєтесь взяти на себе відповідальність за власне життя і вчинки та не звинувачуєте інших, коли справи йдуть не так.
2. Ви достатньо мудрі, щоб не заважати іншим жити своїм життям.
3. Ви самі, без підказок, знаєте, що для Вас добре, а що погано.
4. Ухвалюючи рішення, Ви багато в чому довіряєте інтуїції.
5. Ви розумієте, що спочатку потрібно бути задоволеним собою, а потім уже іншими.
6. Ви дбайливо ставитеся до свого тіла, розвиваєте інтелект і духовні якості для того, щоб знайти цілісність та гармонійність.
7. Ви волієте переборювати свої власні вершини, а не долати чужі.
8. Ви здатні змінити звичні схеми своєї поведінки в пошуці нових шляхів спілкування зі світом.
9. Ви знаєте, що воля – це внутрішній, а не залежний від обставин стан.
10. Ви вмієте створити навколо себе стан миру й спокою, коли навколо вирує ураган.

11. Ви відчуваєте, що ведомі вищою силою, і відчуваєте себе її частиною.
12. Ви бажаєте знайти досконалість, але прощаєте недоліки собі й іншим.
13. У Вас є сили знаходити життя прекрасним і дивним, навіть під час випробовувань та негараздів.
14. Ви розумієте, що в житті неминучі зміни і їх не треба боятися.
15. Ви здатні бачити за ланцюжком випадкових подій цілісність буття.
16. Ви вмієте любити й робити добрі справи, нічого не вимагаючи взамін.
17. Ви готові шукати завжди і скрізь, щоб досягти істини.
18. Ви намагаєтеся вести себе так, щоб “заслужити любов ближнього свого”.
19. Ви не обурюєтеся критикою у свою адресу, а намагаєтеся знайти в ній корисні для самовдосконалення моменти.
20. Ви вмієте програвати, приймати поразки і розчарування без скарг та злості.
21. Ви здатні залишитися вірним собі й своїй меті.
22. Ви здатні розширювати до масштабів усієї Землі середовище й культуру, у якій живе.
23. Ви вмієте приймати компліменти гідно, без удаваної скромності.
24. Ви не турбуєтеся передчасно, а також із приводу подій, які не залежать від Вас.
25. Ви постійно й чітко усвідомлюєте відмінності між метою і засобами її досягнення.
26. Ви умієте встановлювати тісні емоційні відносини з близькими та друзями.
27. Ви не втрачаєте почуття гумору ні за яких обставин.
28. Ви живете спонтанно і природно, синхронно із життям.
29. Проблеми, на яких Ви сфокусовані, лежать поза Вами.
30. Ви маєте почуття приналежності до всього людства, хоча й бачите його недоліки.
31. Ви досить винахідливі у своїй діяльності та не додержуєтеся стереотипів.

32. Ви знаєте, звідкіля черпати сили й натхнення та вмієте це робити.

33. Ви змиряєтеся з неминучим, із тим, що вже відбулося.

34. Ви не уникаєте життя різними способами, а волієте мати справу з дійсністю, якою б вона не була.

35. Ви не критикуєте інших, не розібравшись у суті справи.

36. Ви терплячі, тому що знаєте: “рана заживе поступово”.

37. Ви не виходите із себе і не “б’єтеся головою об стіну” через дрібниці.

38. Мораль для Вас визначається власним досвідом, а не чужою думкою.

39. Ви завжди просите про допомогу, коли усвідомлюєте, що потребуєте її.

40. Ви складаєте розумний план і реалізуєте проміжні цілі на шляху до головного.

Обробка й інтерпретація результатів: підрахуйте суму балів і визначите свій ступінь на сходах “дорослішання особистості”:

– **40–70:** початок “зрілості” – попереду важка, але необхідна робота над собою;

– **71–100:** помірна “зрілість” – є ще резерви до вдосконалення;

– **101–120:** впевнена “зрілість” – вам удалося вийти на новий виток людського існування.

Отримані кількісні результати використання опитувальника на різних вибірках свідчать, як правило, про наявність помірної особистісної “зрілості”, що вписується в загальну картину даних і за іншими тестами. Наприклад, середній показник у дослідженні студентів першого курсу психологічного факультету склав 76 балів, а четвертого – 81 бал, 91 бал – у лікарів, у вчителів-гуманітаріїв сільських шкіл цей показник дорівнює 93 балам.

10.4. Дослідження особистості біографічним методом [15; 22]

Біографічний метод – це метод синтетичного опису людини як особистості й суб’єкта діяльності. На сьогодні він є єдиним методом, що дає змогу вивчити особистість у процесі розвитку. Біографічний

метод – історичний та одночасно генетичний, так як допомагає простежити динаміку життєвого шляху. Недоліки цього методу – описовість і схильність до помилок під час пригадування минулого – можуть бути скоректовані більш об’єктивними даними комплексного дослідження особистості.

Складання характеристики особистості на підставі біографічного методу включає такі розділи:

1. Дані життєвого шляху.
2. Сходинки соціалізації (ясла, дитячий садок, школа, внз і т. д.).
3. Середовище розвитку (місця проживання, навчальні установи та ін.).
4. Інтереси й улюблені заняття в різні періоди життя.
5. Стан здоров’я (у тому числі перенесені захворювання).

Обладнання: Формалізована біографічна анкета.

Протокол заняття

Прізвище, ім’я, по батькові _____

Дата _____

Професія _____

Хронологічна таблиця особистісного розвитку

Основні дати	Події	Переживання

Досліджуваному пропонується біографічна анкета та дається така **інструкція**: Прошу Вас якнайдетальніше розповісти історію вашого життя:

- у якій родині ви народилися;
- як пройшло ваше дитинство;
- як жила ваша родина;
- як її члени ставились один до одного;
- які ваші найбільш ранні спогади.

Бажано, щоб ви розповіли про ті часи, коли Ви вчилися в школі:

- що вам там подобалося, а що не подобалося;
- як у цей час складалися ваші стосунки з батьками;
- хто були ваші друзі;
- чим ви цікавились і що думали про майбутнє життя.

Ми хотіли б також, щоб Ви розповіли про те:

- як ви жили, ставши дорослою людиною;
- як вибирали професію;
- яким чином Ви проводили вільний час.

Розкажіть про те:

- що здається Вам найбільш цікавим і важливим;
- які Ваші життєві плани.

Обробка результатів припускає складання хронологічної таблиці особистісного розвитку, куди в хронологічному порядку виписуються з усіх питань завдання:

- дати, згадані випробуванням;
- події, зв'язані з цими датами;
- переживання, що супроводжують їх.

Далі відповіді обробляються методом контент-аналізу. Інтерпретація результатів припускає **аналіз**:

- соціальної ситуації розвитку особистості;
- основного фону емоційних переживань у різні періоди розвитку;
- ціннісних орієнтацій, спрямованості, інтересів, тенденцій, середовища спілкування, соціальної активності особистості;
- основних конфліктів і рушійних сил розвитку особистості.

Формалізована біографічна анкета

Дата народження _____

Місце народження _____

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Рік народження _____

Професія _____

Батько:

Прізвище, ім'я, по-батькові _____

Рік народження _____

Освіта _____

Професія _____

Мати:

Прізвище, ім'я, по-батькові _____

Рік народження _____

Освіта _____

Професія _____

1. Чи переїжджали Ви на нове місце проживання?

№	Куди?	Коли?	Із ким?

2. Чи брали Ви участь у діяльності громадських організацій?

№ з/п	Суспільні доручення	Організація	Коли?

3. Чи приходилося Вам виступати на радіо _____ та на телебаченні _____ у пресі _____ на зборах _____?

(Якщо так, то вкажіть, у який період життя, в якому році та скільки разів).

4. Чи брали Ви участь у виставках наукової, технічної, художньої творчості, оглядах, конкурсах, спортивних змаганнях, КВК? (Якщо так, то назвіть й укажіть, у якому році). _____

5. Назвіть Ваші улюблені та неулюблені шкільні предмети в різних класах (якщо їх кілька, укажіть у порядку привабливості).

Клас	Улюблений предмет	Неулюблений предмет
1–10		

6. Чи брали Ви участь у якому-небудь гуртку, секції, клубі й у якому році?

7. Назвіть Ваші улюблені заняття та захоплення, вкажіть, у які роки це було.

8. Назвіть Ваші улюблені:

а) літературні твори (підкресліть назви тих видань, над якими Ви міркуєте дотепер і зміст яких заново переживаєте);

з/п	Назва твору, автор	Коли прочитали вперше?	Скільки разів читали?

б) назвіть Ваші улюблені фільми (документальні, художні, науково-популярні). Підкресліть назви тих фільмів, що справили на Вас найбільше враження, про які Ви довго думали;

№ з/п	Назва фільму	Коли дивилися вперше?	Скільки разів дивилися?

в) назвіть Ваші улюблені театральні спектаклі (підкресліть назви тих спектаклів, що справили найбільш сильне враження);

№ з/п	Назва спектаклю	Коли дивилися вперше?	Скільки разів дивилися?	Режисер	Театральний колектив

г) перелічіть, які художні виставки Ви відвідували, у якому році це було (якщо Ви багато разів відвідували який-небудь художній музей, то вкажіть, у які роки)._____

9. Чи здійснювали Ви поїздки за межі місця проживання (походи, екскурсії, відрядження, подорожі)? Якщо так, то вкажіть, куди, з ким і в якому році.

10. Коли, чим і як довго Ви хворіли? Були тоді Ви вдома чи в лікарні?_____

11. Назвіть хоча б ініціали тих людей, з якими Ви підтримували дружні відносини, проводили дозвілля, до яких зверталися за порадою, допомогою, підтримкою, і вкажіть позицію старшинства: старший >; молодший <; ровесник =.

№ з/п	Ініціали	Стать	Вік	Рід занять	Коли?	Позиція старшинства

12. Укажіть періоди або моменти власного життя, які Ви вважаєте щасливими, та ті, котрі **вважаєте** нещасливими. Датуйте їх та коротко опишіть, чому Ви так розцінюєте ці періоди.

(Орієнтовно щасливий період можна розуміти як відрізок життя, коли все задумане вдавалося зробити, Ви переживали відчуття задоволення собою, справами, навколишнім світом, у Вас переважав радісний настрій і Ви жили насиченим життям. Протилежне – як

нещасливий період). Яка Ваша думка з приводу щасливого і нещасливого періодів? _____

13. Коротко опишіть або хоча б перелічіть ті факти власного життя, які Ви вважаєте подіями. Вкажіть дати подій та відзначте, коли Ви усвідомили значимість цих подій для Вашої долі – відразу ж, через годину або тепер? Напишіть, що Ви розумієте під подією. _____

14. Які Ваші уявлення і прогнози щодо власного майбутнього? Як Ви уявляєте навчання, роботу, особисте життя, дозвілля, побут і т. д.? Які межі видимості майбутнього для Вас? На скільки місяців (років) уперед Ви можете передбачати свою долю в цілому і за окремими її напрямками? Зверніть увагу, що питання стосується не Ваших життєвих планів, а Вашого уявлення і передбачення того ходу життя, що, найімовірніше, буде мати місце у Вашому майбутньому.

10.5. Методика дослідження впевненості на усвідомлюваному рівні [22]¹

За основу конструювання методики виявлення принципів поведінки й дій особистості була взята методика Д. Ковача, у якій одні судження носять більш рішучий та впевнений принцип або підхід, інші – невпевнений і нерішучий. Обираючи один із способів рішення, досліджувані набирають відповідну кількість балів.

Упевненість залежить від рішучості так само, як рішучість від упевненості, а невпевнена у собі людина недовірлива і має безліч упереджень.

Ситуації та принципи їх розв'язання, які пропонуються досліджуваним:

1. а) я не зміг би вчитися на “відмінно”, навіть якби й організував себе;

¹ Методики 10.1–10.5 перекладені українською мовою із зазначених джерел, не адаптовані і подаються з метою ознайомлення.

б) мені здається, що я зміг би вчитися на “відмінно”, якби організував себе.

2. а) я відчуваю себе повним здоров’я і знаю, що стан організму не підведе мене в досягненні високих результатів;

б) іноді з’являється думка, що організм може підвести мене в досягненні високих результатів, але я проганяю цю думку і від неї не залишається й сліду.

3. а) є мрія, але вона поки що не оформилася в конкретну мету;

б) є мрія, але це, точніше, не мрія, а реальна мета.

4. а) судження про суперечливу дію або вчинок людини повинне бути всебічним, таким, що стосується всіх елементів її поведінки;

б) судження про суперечливу дію або вчинок людини має бути визначеним і чітким за своєю суттю.

5. а) коли я занедужую, іноді не приймаю ліків, тому що вважаю, що кожен ліки супроводжується несприятливим впливом на організм;

б) хоча я знаю про побічний вплив кожних ліків, проте завжди їх приймаю;

6. а) прагнення досягти чогось залежить від тривалої і ґрунтовної праці;

б) прагнення до досягнення має бути справою кожного дня.

7. а) моя діяльність у майбутньому буде успішною і плідною;

б) можливо, у майбутньому моя діяльність буде і успішною, і плідною.

8. а) мені здається, що іноді я виявляю деяку поміркованість;

б) я не маю такого прояву.

9. а) я відчуваю, що мені вдається досягти своєї мети;

б) не відчуваю – обставини і життя покажуть.

10. а) мій виступ перед групою людей супроводжується внутрішньою боротьбою, іноді – муками;

б) виступ перед великою кількістю людей не становить особливих труднощів.

11. а) змінити програму, засоби й методи підготовки зовсім не складно, аби це все мало раціональне зерно;

б) думаю, що зміна програми, засобів і методів підготовки – відповідальна справа: треба переоцінити й переосмислити наявні уявлення.

12. а) ті, хто займається подібною діяльністю, повинні мати такий самий погляд на підготовку, як і я;

б) я думаю, що в мене у цілому правильний погляд на підготовчу роботу.

13. а) упевнений, що досягну своєї мрії;

б) можливо, я досягну своєї мрії.

14. а) моє правило: “Швидко приймати рішення і діяти, звичайно, за умови осмислення ситуації”;

б) моє правило: “Сім разів відміряй, один раз відріж”.

15. а) іноді прийняти рішення буває досить складно, тому що існує чимало непередбачених обставин;

б) для мене прийняти рішення завжди складно.

16. а) іноді сумніви в будь-чому починають стримувати мої зусилля;

б) сумніви, що з’являються, ще більше мобілізують мене в діях.

17. а) не знаю, який я: рішучий чи ні. Важко оцінити. Буває, що важко прийняти рішення, адже хочеться прийняти правильне рішення;

б) подобаються рішучі люди, хочу бути таким. Так, я такий і є.

Ключ для виявлення рівня впевненості й рішучості:

1 а, 2 а, 3 б, 4 б, 5 б, 6 б, 7 а, 8 б, 9 а, 10 б, 11 а, 12 а, 13 а, 14 а, 15 б, 16 б, 17 б.

У разі збігу букв за кожною ситуацією досліджувані одержують один бал. При сумі від 7 до 10 балів досліджувані одержують оцінку “упевнений”, 11 і більше – “досить упевнений”, 6 і менше – “непевнений”.

Пропоновані досліджуваним ситуації неоднозначні. Тому для диференціації характеристики варто мати на увазі, що ситуації 2, 3, 6, 7, 9, 12, 13 пов’язані зі ставленням до майбутньої діяльності, ситуації 1, 4, 10 характеризують упевненість у повсякденному житті, ситуації 5 і 8 показують наявність поміркованості в окремих життєвих обставинах, ситуації 11, 14, 15, 16, 17 розкривають рішучість як властивість характеру, що впливає на впевненість.

**10.6. Методика дослідження локусу контролю (ЛК)
(Дж. Роттера) [8; 22]**

Інструкція: Вам пропонується з двох тверджень кожного питання вибрати одне й занести букву цього твердження (“А” або “Б”) у бланк для відповідей. Будьте уважні, стежите за тим, щоб

номер відповіді збігався з номером питання. У самому опитувальнику ніяких позначок робити не слід.

1. а) діти потрапляють у біду, тому що батьки занадто часто їх карають;

б) у наш час неприємності трапляються з дітьми найчастіше тому, що батьки занадто м'яко ставляться до них.

2. а) багато невдач виникають самі по собі;

б) невдачі людей є результатом їхніх помилок.

3. а) одна з головних причин, чому люди чинять аморально, полягає в тому, що навколишні миряться з ними;

б) завжди будуть існувати аморальні вчинки, незалежно від того, наскільки старанно оточуючі намагатимуться запобігти їм.

4. а) зрештою, до людей приходить заслужене визнання;

б) на жаль, заслуги людини часто залишаються не визнаними.

5. а) думка, що викладачі несправедливі до учнів, неправильна, хибна;

б) багато учнів не розуміють, що їхні оцінки можуть залежати від випадкових обставин.

6. а) успіх керівника багато в чому залежить від удалого збігу обставин;

б) здібні люди, котрі не стали керівниками, самі не використали свої можливості.

7. а) як би Ви не намагалися, деякі люди однаково не будуть симпатизувати Вам;

б) той, хто не зумів завоювати симпатії оточення, просто не вміє ладнати з іншими.

8. а) спадковість відіграє головну роль у формуванні характеру й поведінки людини;

б) тільки життєвий досвід визначає характер та поведінку людини.

9. а) я часто зауважував справедливість приказки: "Чому бути - того не минути";

б) по-моєму, краще прийняти рішення та діяти, ніж сподіватися на долю.

10. а) для добре підготовленого фахівця не існує такого поняття, як упереджена перевірка;

б) навіть добре підготовлений фахівець зазвичай не витримує упередженої перевірки.

11. а) успіх є результатом старанної роботи і мало залежить від везіння;

б) щоб домогтися успіху, потрібно не пропустити зручну нагоду.

12. а) кожен громадянин може впливати на важливе державне рішення;

б) суспільством керують люди, котрі висунуті на відповідальні посади, а звичайна людина мало що може зробити.

13. а) коли я складаю плани, то я загалом переконаний, що зможу їх здійснити;

б) не завжди розсудливо планувати далеко вперед, тому що багато чого залежить від того, як складуться обставини.

14. а) є люди, про яких сміливо можна сказати, що вони нехороші;

б) у кожної людини є щось хороше.

15. а) здійснення моїх бажань не пов'язане з везінням;

б) коли не знають, як бути, підкидають монету.

16. а) керівником часто стають завдяки щасливому збігові обставин;

б) досягнення керівного статусу залежить від здатності керувати людьми, везіння тут ні до чого.

17. а) більшість із нас не може серйозно впливати на світові події;

б) беручи активну участь у суспільному житті, люди можуть керувати подіями у світі.

18. а) більшість людей не розуміють, наскільки їхнє життя залежить від випадкових обставин;

б) насправді не існує такого поняття, як везіння.

19. а) завжди варто бути готовим визнати свої помилки;

б) як правило, краще не підкреслювати своїх помилок.

20. а) важко взнати, чи дійсно Ви подобаєтеся людині, чи ні;

б) кількість Ваших друзів залежить від того, наскільки Ви привабливі для інших.

21. а) зрештою, неприємності, що трапляються з нами, врівноважуються приємними подіями;

б) більшість невдач є результатом відсутності здібностей, незнання, лінощів або всіх трьох причин, разом узятих.

22. а) якщо докласти достатньо зусиль, то можна викорінити бездуховність і формалізм;

б) є речі, з якими важко боротися, тому бездуховність і формалізм не викоринити.

23. а) іноді важко зрозуміти, на що опираються керівники, коли вони висовують людину на заохочення;

б) заохочення залежить від того, наскільки ретельно людина трудиться.

24. а) хороший керівник очікує від підлеглих, щоб вони самі вирішували, що робити;

б) хороший керівник чітко дає зрозуміти, у чому полягає робота кожного підлеглого.

25. а) я часто відчуваю, що мало впливаю на те, що відбувається зі мною;

б) не можу повірити, що випадок або доля відіграють головну роль у моєму житті.

26. а) люди самотні через те, що вони не проявляють дружеськолюбності до навколишніх;

б) даремно намагатися занадто привертати до себе увагу людей: якщо ти їм не подобаєшся, то не подобаєшся.

27. а) характер людини залежить, головним чином, від її сили волі;

б) характер людини формується переважно в колективі.

28. а) те, що зі мною трапляється, це справа моїх власних рук;

б) іноді я почуваю, що моє життя розвивається в напрямі, який не залежить від моєї волі.

29. а) я часто не можу зрозуміти, чому керівник чинить саме так, а не інакше;

б) зрештою, за погане керування організацією відповідальні самі люди, котрі у ній працюють.

Питання: буферні (не підраховуються) 1, 8, 14, 19, 24.

Ключ на матеріальність: 2 б, 3 а, 4 а, 5 а, 6 б, 7 б, 9 б, 10 а, 11 а, 12 а, 13 а, 15 а, 16 б, 17 б, 18 б, 20 б, 21 б, 22 а, 23 б, 25 б, 26 а, 27 а, 28 а, 29 б.

Ключ на екстернальність: 2 а, 3 б, 4 б, 5 б, 6 а, 7 а, 9 а, 10 б, 11 б, 12 б, 13 б, 15 б, 16 а, 17 а, 18 а, 20 а, 21 а, 22 б, 23 а, 25 а, 26 б, 27 б, 28 б, 29 а.

1. Кожна людина локалізує контроль над значними для себе подіями. Можливі два полярних типи такої локалізації – екстернальний та інтернальний. У першому випадку людина думає, що події, які відбуваються з нею, є результатом дії зовнішніх сил (інші люди і т. д.),

у другому випадку людина інтерпретує важливі події як результат власної діяльності. Будь-якій людині властива певна позиція на континуумі, що простягається від екстернального до інтернального типу.

2. Контроль-локус-контроль, характерний для індивіда, універсальний стосовно будь-яких типів подій і ситуацій, із якими він стикається. Той самий тип контролю характеризує поведінку певної особистості й у випадку невдач, й у сфері досягнень, причому це різною мірою стосується різних областей соціального життя.

10.7. Тест-опитувальник особистісної зрілості [22; 23]

Інструкція: відповіді на питання повинні бути правдивими. В іншому випадку використання опитувальника втрачає всякий сенс. Відповідь за кожним питанням фіксується вибором однієї і тільки однієї з пропонованих готових відповідей. Це робиться шляхом написання відповідного буквенного індексу на окремому листку паперу.

Опитувальник

1. Манера, яку вибирають мої вчителі (керівники) у спілкуванні зі мною, така, що вони:

- а) намагаються постійними наріканнями зробити моє життя нещасливим;
- б) виявляють тенденцію критикувати мене скрізь, де тільки можуть;
- в) байдужі до мене доти, доки я підкоряюся встановленим ними правилам і виконую роботу задовільно;
- г) недостатньо вимогливі до моєї роботи;
- г) мало винагороджують мене за мою сумлінність;
- д) сварять мене за помилки і нагороджують, коли я цього заслуговую;
- е) не можу відповісти на це питання.

2. Граючи в шахи, шашки, інші ігри, я, коли програю, зазвичай реагую таким чином:

- а) намагаюся з'ясувати причини невдачі, щоб удосконалити свої вміння;
- б) захоплююся досконалістю майстерності супротивника, причому це почуття “забиває” всі інші переживання;

в) переживаю почуття своєї неповноцінності стосовно супротивника;

г) розумію, що, проте, я перевершую багатьох в інших речах і, отже, за бажанням зможу домогтись успіху й у цій грі;

г) розумію відносну незначимість поразки або перемоги такої гри, а також швидко забуваю те, що відбулося;

д) беру реванш;

е) не можу відповісти на це питання.

3. Будучи змушеним відмовитися від якого-небудь плану або певних домагань (наприклад перемогти на олімпіаді, поступити до вузу, розбагатіти, стати кращим учнем класу, відправитися в закордонну екскурсію, одружитися з певною особою тощо), я знаходжу, що я:

а) буду нещасливим до кінця життя;

б) маю стільки інших інтересів, що незабаром знайду що-небудь інше;

в) повний рішучості домогтись здійснення свого плану за будь-яку ціну, навіть якщо на це піде все життя, що залишилося;

г) намагаюся взяти з невдачі якнайбільше життєвих уроків;

г) ні на що краще не міг сподіватися;

д) буду нещасливий протягом якогось часу, але переборю цей стан;

е) не можу відповісти на це питання.

4. Міра, за якою люди мені подобаються, за своїм характером:

а) або дуже висока, або нульова;

б) під час першого знайомства люди можуть мені подобатися, але не настільки, щоб я відразу ж захотів стати їхнім кращим другом;

в) кожна людина начебто подобається мені під час першої зустрічі, але потім я часто розчаровуюся;

г) люди подобаються мені тільки в тому випадку, якщо я знаю їх дуже давно;

г) мені ніхто не подобається;

д) усякі люди до деякої міри подобаються мені;

е) не можу відповісти на це питання.

5. Я схильний повідомляти про свої невдачі, провали малознайомим людям таким способом:

а) розповідаю про них, коли здається, що це викликає у когось щирий інтерес;

б) мимохіть розповідаю про свої невдачі, й це трапляється лише тоді, коли це доречно за ходом розмови;

в) іноді згадую про свої невдачі з метою вилити душу і викликати співчуття співрозмовника;

г) як правило, не згадую про свої невдачі, щоб не створити проблем для співрозмовника;

г) часто не можу утриматися від бажання поскаржитися на свої невдачі;

д) свої невдачі намагаюся подати як успіх;

е) не можу відповісти на це питання.

6. Люди, чия думка відрізняється від моєї:

а) іноді мають рацію;

б) звичайно є досить підготовленими й тому впевненими в собі;

в) просто недостатньо освічені;

г) знаходять для себе задоволення в тому, що мають власну думку;

г) висловлюють інший погляд на це питання з почуття протиріччя;

д) часто перевершують мене в компетентності або в інтелектуальному розвитку;

е) не можу відповісти на це питання.

7. Я волюю мати в грі або змаганні такого супротивника, який:

а) є майстром і перевершує мене, тому що в цьому випадку в мене буде більше шансів удосконалити свої вміння;

б) трохи перевершує мене; у цьому випадку випробування більше стимулює мене;

в) є рівним мені за силою; у цьому випадку обоє супротивників показують свій максимум і мають рівні шанси здобути перемогу;

г) слабший за мене – і я знаю, що зможу в нього виграти;

г) буде сам намагатися, щоб я виграв і зберіг віру у свої сили;

д) трохи слабший – і в мене буде шанс виграти;

е) не можу відповісти на це питання.

8. Для мене життя варте чого-небудь лише тоді, коли я можу:

а) домагатись успіхів у всіх своїх починаннях;

б) цілком реалізувати свій творчий потенціал;

в) одержувати у своє розпорядження необхідні матеріальні блага в готовому вигляді й займатися лише хобі;

г) мати можливість здобувати засоби для свого власного розвитку;

- г) мати можливість порівняно спокійно жити;
- д) вести забезпечений, безтурботний спосіб життя;
- е) не можу відповісти на це питання.

9. Моя тенденція дискутувати з колегами полягає в тому, що:

- а) мені важко втриматися від суперечки з будь-якого приводу;
- б) звичайно я беру участь у дискусіях, якщо тема мене цікавить;
- в) я майже не сперечаюся з ким би то не було, тому що звичайно

учасники дискусії прагнуть не до істини, а до визнання своєї точки зору;

- г) не люблю втягуватися в дискусії через їхню сумбурність;

г) не люблю дискусії, тому що майже не виходжу з них переможцем;

- д) уникаю брати участь у дискусіях через свою боязкість;

- е) не можу відповісти на це питання.

10. Коли хто-небудь не з членів моєї родини критикує мене, то моя звичайна реакція полягає в тому, щоб:

- а) проаналізувати причини й мотиви критики;

б) поцікавитися в автора критики її підставами і врахувати їх у своїх наступних діях;

- в) нічого не сказати, забути про неї;

- г) при нагоді самому піддати опонента критиці;

- г) у разі впевненості у своїй правоті захистити себе;

- д) нічого не сказавши, притаїти проти критика “зуб”;

- е) не можу відповісти на це питання.

11. У своїх спробах домогтись успіхів у житті насамперед я покладаюся:

- а) на допомогу родини, батьків;

- б) на власні зусилля і наполегливість;

- в) на відсутність могутніх ворогів;

- г) на везіння;

- г) на наявність впливових знайомих;

- д) на наявність вірних друзів;

- е) не можу відповісти на це питання.

12. Стосовно довіри до людей я дотримуюся принципу:

а) потрібно людям довіряти, але при цьому всіх без винятку перевіряти;

- б) довіряти не можна нікому, навіть самому собі;

- в) якоюсь мірою довіряти потрібно кожній людині;

г) усе залежить від конкретної людини: одним можна довіряти цілком, іншим – ні на йоту;

г) люди звичайно не виправдовують вашої довіри;

д) надмірна довірливість – мій найбільший гріх;

е) не можу відповісти на це питання.

13. Моя реакція на думку про власну смерть полягає:

а) у сильному відштовхуванні цієї думки;

б) у тому, що я часто думаю про смерть і мрію, щоб вона була миттєвою;

в) у тому, що я приймаю це як даність, як кінцеву неминучість і часто про це не думаю;

г) у тому, що я часто про це міркую, мріючи мати сильну волю для гідної зустрічі зі смертю;

г) у тому, що я боюся смерті, але нечасто говорю про це іншим;

д) думаю про смерть і боюсь її лише під безпосереднім враженням від звістки про чийось смерть;

е) не можу відповісти на це питання.

14. Міра, якою я намагаюся справити приємне враження на інших людей, виражається в тому, що я:

а) маю з цього приводу певні плани і присвячую цьому багато часу;

б) іноді заздалегідь планую робити це, але якщо є можливість, намагаюся справити гарне враження;

в) присвячую цьому мало часу;

г) не люблю цю тенденцію в інших і ніколи не роблю цього сам;

г) дуже глибоко й довго страждаю, якщо виявляється, що про мене склалося неприємне враження серед шановних мною людей;

д) випробовую приємне відчуття, якщо виявляється, що про мене склалося приємне враження;

е) не можу відповісти на це питання.

15. Стикаючись з незвичайною проблемою в особистих справах, я:

а) ніколи не сумніваюся відразу ж звернутися за допомогою до кого-небудь, хто знає про це більше, ніж я;

б) якщо є можливість, відразу ж прошу кого-небудь із друзів допомогти мені;

в) майже не турбую кого-небудь із друзів проханням допомогти мені;

г) ніколи не звертаюся за допомогою до стороннього;

г) докладаю всіх зусиль для її рішення, перш ніж звернуся до кого-небудь за допомогою;

д) після деяких коливань звертаюся до друзів за допомогою;

е) не можу відповісти на це питання.

16. Моє ставлення до родичів і друзів таке, що я:

а) ціную тих із них, хто є для мене близькими за своїми духовними інтересами;

б) ціную тих із них, хто стимулює мене в інтелектуальному плані;

в) мені потрібно більше друзів і родичів, ніж я маю на сьогодні;

г) та кількість друзів і родичів, що я зараз маю, для мене є достатньою;

г) вони не є необхідними для мого щастя;

д) ціную тих із них, котрі, як і я, цікавляться в основному матеріальними речами;

е) не можу відповісти на це питання.

17. Коли який-небудь член моєї родини несправедливо, як мені здається, критикує мене або просто чіпляється до мене, моєю звичайною реакцією є:

а) обурюватися, але нічого не говорити;

б) підтримувати мир у родині, погоджуючись із критиком й улагоджуючи його;

в) нічого не говорити, але спробувати пізніше звести рахунки;

г) намагатися зрозуміти, чому мене критикують, і, проявляючи витримку, гідно захистити себе;

г) не брати почуте близько до серця, тому що згодом усе складеться;

д) розсердившись, вступити в суперечку;

е) не можу відповісти на це питання.

18. Спосіб, яким я реаую на релігію, полягає в тому, що я:

а) не вірую ні в яку релігію, але думаю, що для більшості людей вона необхідна;

б) читаю і проводжу спостереження у зв'язку з різними релігіями й, у результаті, згодом вирішу для себе це питання;

в) займаюся винаходом власної релігії, що, як я сподіваюся, згодом буде мене задовольняти;

г) маю релігію, що мене задовольняє;

г) вважаю релігію моїх батьків найбільш підходящою для мене;

д) приймаю релігію моїх батьків, хоча вона мене й не задовольняє;

е) не можу відповісти на це питання.

19. Міра, якою я читаю і вивчаю інформацію про соціально-політичні й економічні зміни в інших країнах, виражається в тому, що я:

а) зовсім не цікавлюся такою інформацією;

б) занадто зайнятий рішенням власних проблем, щоб багато думати про проблеми, які існують в інших частинах світу;

в) роблю це в дуже окремих випадках і за випадкової нагоди;

г) проявляю до неї мінімальний інтерес;

г) роблю це із задоволенням, але без будь-яких конкретних висновків для своєї країни;

д) прагну вивчати умови в інших частинах світу, щоб зіставляти з ними становище у власній країні та мріяти про його покращення;

е) не можу відповісти на це питання.

20. Будучи змушеним до публічного виступу, я знаходжу, що:

а) це надзвичайно важко і викликає в мене зніяковілість та заїкуватість;

б) це важко, але я можу володіти собою без помітних ознак зніяковілості;

в) це надзвичайно важко, але, оскільки під сумнівом моя самоповага, не намагаюсь ухилитися;

г) звичайно я можу говорити без особливих зусиль;

г) я часто отримую насолоду, висловлюючись привселюдно;

д) це важко, оскільки я не відчуваю впевненості в доброзичливості аудиторії;

е) не можу відповісти на це питання.

21. Міра, якою я читаю і вивчаю інформацію про соціальні, політичні або економічні зміни в рідній країні, виражається в тому, що я:

а) читаю багато стосовно цієї теми, тому що мене глибоко хвилюють події, що відбуваються в нашому суспільстві;

б) читаю таку інформацію лише тоді, коли більше нічого читати або коли я повинен це робити;

в) читаю таку інформацію порівняно регулярно;

г) вважаю це заняття безглуздом, тому що проста людина все одно ні на що вплинути не може;

г) читаю таку інформацію тільки для того, щоб за нагоди бути готовим узяти участь в її обговоренні;

д) глибоко байдужий до всього, що виходить за межі моїх особистих справ;

е) не можу відповісти на це питання.

22. Моя реакція на позитивну публікацію в пресі мого імені або імені кого-небудь із моїх рідних і близьких полягає в тому, що я:

а) зазнаю великої насолоди і часто з гордістю показую конкретне місце своїм друзями і знайомим;

б) внутрішньо переживаю приємне почуття, але непохитно утримуюся від будь-яких його виражень;

в) побачивши своє ім'я в друці, не відчуваю ніякого радісного хвилювання, тому що розумію незначущість цієї події;

г) у перший момент переживаю приємне відчуття, але відразу забуваю про цю подію;

г) переживаю приємне відчуття, хоча й вважаю, що це прояв марнославства;

д) протягом деякого часу переживаю приємне відчуття, про що можу стримано розповісти близьким і друзям;

е) не можу відповісти на це питання.

23. Моє ставлення до ознак, прикмет, передчуттів і т. п. полягає в тому, що:

а) на власному життєвому досвіді я переконався: вони майже завжди вказують на успіх або невдачу в будь-якій діяльності;

б) вони звичайно передбачають успіх або невдачу в якій-небудь діяльності;

в) я не можу вирішити, чи це є випадковістю, або ж вони дійсно передбачають визначену подію;

г) я не вірю, що вони передбачають що-небудь для кого-небудь і тому не запам'ятовую їх;

г) я розумію, що вони помилкові, але звертаю увагу на них;

д) борючись із їхнім впливом на мене, дію усупереч їм;

е) не можу відповісти на це питання.

24. Ступінь моєї активності в групі характеризується одним із наступних варіантів:

а) завжди прагну відігравати провідну роль;

б) іноді втягаюся в дискусію, не будучи досить компетентним в обговорюваному питанні;

в) не беру участі в дискусіях, якщо не впевнений в істинній цінності того, про що збираюся сказати;

г) ніколи не беру участі в дискусіях, тому що не вірю в їхню корисність;

г) беру участь, якщо потрібно підтримати дискусію, але не управляти нею;

д) завжди беру участь у дискусіях, хоча не прагну до лідерства;

е) не можу відповісти на це питання.

25. Випадок, у якому я звертаюся до віщунів, полягає в тому, що вони:

а) можуть бути корисними, тільки коли зіштовхуєшся із серйозною проблемою і не знаєш, яке рішення прийняти;

б) іноді можна звернутися до них, коли знаєш, що друзі теж збираються це зробити (для розваги);

в) заслуговують того, щоб консультуватися у них при кожній можливості;

г) ніколи не бажаю їх відвідувати, тому що вони шахраї;

г) мають дивну інтуїцію, що дає їм змогу правильно пророкувати долю людини;

д) непогані психологи;

е) не можу відповісти на це питання.

26. Міра, за якої я йду на фінансовий ризик, полягає в тому, що я:

а) часто йду на значний ризик, тому що, якщо виграю, я виграю багато;

б) іду на серйозний ризик тільки тоді, коли баланс явно на мою користь;

в) не допускаю серйозного ризику й у випадку програшу не піддаюся ніякому азартів;

г) використовую невеликі шанси, тому що за цих умов у випадку програшу можу продовжувати свої спроби;

г) не покладаюся ні на які випадки; волію мати стовідсоткову гарантію;

д) не можу жити без постійного ризику;

е) не можу відповісти на це питання.

27. Моє ставлення до світу в цілому полягає в тому, що:

а) він сповнений зла, і я не чекаю від нього нічого радісного;

б) він має багато спокус, так що важко кому-небудь залишитися безгрішним, але все одно прагнути до цього треба;

в) світ являє собою цікаву панораму; я прагну використовувати свої сили для його вдосконалення;

г) світ може бути гарним, якщо життя людей буде наповнене справжньою добротою; потрібно присвячувати цьому всі сили;

г) я живу тільки раз, тому маю намір насолоджуватися життям, а не мріяти про благо всього людства;

д) я є частиною світу, гарний він або поганий, тому приймаю його таким, яким він є;

е) не можу відповісти на це питання.

28. З огляду на те, що кожен хоче мати багато грошей для задоволення своїх потреб, я також хочу більше грошей для того, щоб:

а) жити, ні в чому собі не відмовляючи, мати кращий будинок, кращий автомобіль, багато красивого й модного одягу тощо;

б) здійснити свої життєві плани, такі як удосконалення власного бізнесу або професійних здібностей, одержання високоякісного матеріалу і т. п.;

в) мати можливість купувати лотерейні квитки, жетони для ігрових автоматів і т. п.;

г) мати можливість допомагати родичам і близьким людям, котрі бідують;

г) застрахувати своє життя;

д) щоб у мене була можливість робити те, що бажаю;

е) не можу відповісти на це питання.

29. Під час читання щоденних газет моє ставлення до матеріалів, що стосується моєї професії, полягає в тому, що:

а) завжди уважно прочитую такі матеріали;

б) читаю тільки ті матеріали, що особливо мені цікаві;

в) дуже мало читаю що-небудь про свою професію; мені вистачає того, що маю на роботі;

г) мало читаю матеріалів про свою професію;

г) не читаю такі матеріали, тому що вони мені нудні;

д) ненавиджу такі матеріали, тому що не люблю свою професію;

е) не можу відповісти на це питання.

30. Якби Вам керівництво наполегливо пропонувало посаду, для посідання якої у Вас, як Ви самі розумієте, немає достатніх даних, але яку б Ви дуже хотіли обійняти, то Ви:

а) рішуче відмовилися б, посилаючись на неадекватність (невідповідність) вашої кандидатури;

б) погодилися б із побоювання викликати своєю відмовою не-вдоволення;

в) погодилися б, але тільки за умови, що буде наданий тривалий випробовувальний термін, за час якого ви докладете максимальних зусиль для заповнення наявних у вас прогалин;

г) відразу погодилися б, діючи за принципом “не святі горщики ліплять!”;

г) погодилися б після деяких коливань, виходячи з того, що люди, котрі займають схожі посади, анітрошки не кращі від вас;

д) погодилися б, але тільки тимчасово виконуючим обов’язки, щоб якимось допомогти справі;

е) не можу відповісти на це питання.

31. У будинку відпочинку Ви жили в одному номері з людиною, з якою у Вас виявилось багато спільного. Розстаючись, обмінялися номерами телефонів. Яка ймовірність того, що надалі Ви першим спробуєте відновити контакти:

а) 100 %;

б) 80 %;

в) 60 %;

г) 40 %;

г) 20 %;

д) 0 %;

е) не можу відповісти на це питання.

32. Якби у Вас була для цього необмежена можливість, то як часто Ви зустрічалися б для близьких розмов зі своїми близькими, друзями, цікавлячись їхніми проблемами, намірами:

а) щодня;

б) приблизно три рази в тиждень;

в) приблизно два рази в тиждень;

г) один раз у тиждень;

г) один раз у два тижні;

д) один раз на місяць;

е) не можу відповісти на це питання.

33 ч. (варіант для чоловіків). Як би Ви повелися в ситуації безумовної любові за наявності щасливого суперника, у перевазі якого Ви, однак, сильно сумніваєтеся:

а) залишили б цю пару у спокої й постарались якомога швидше притамувати своє почуття, шукаючи заміну серед інших дівчат;

б) доклали б усіх сил для дискредитації конкурента в очах вашої обраниці;

в) зберегли б і не ховали своє почуття, але, тримаючись із гідністю, ніяк його не нав'язували б;

г) погодилися б із роллю відданого друга, якому ваша обраниця скаржиться на те, що їй не відповідають взаємністю (робили б це в надії на її прозріння);

г) постаралися б стати для цієї пари відданим другом, щоб мати можливість частіше зустрічатися з предметом своєї любові;

д) мовчали б і безсило страждали від горя;

е) не можу відповісти на це питання.

33 ж. (варіант для жінок). Як би Ви повелися в ситуації невзаємної любові за наявності щасливої суперниці, у перевазі якої Ви, однак, сильно сумніваєтеся:

а) залишили б цю пару у спокої та постарались якомога швидше приборкати своє почуття, переключивши себе на спілкування з іншими людьми;

б) доклали б усіх сил для дискредитації конкурентки в очах Вашого обранця;

в) зберегли б своє почуття, але, тримаючись із гідністю, ніяк його не нав'язували;

г) мовчали б і безсило страждали;

г) ужили б усі міри для того, щоб виключити можливість навіть випадкових зустрічей із предметом своєї невзаємної любові;

д) зберігали б своє почуття, але, тримаючись із гідністю, у той же час намагалися б звернути увагу свого обранця на наявні у Вас внутрішні й зовнішні переваги;

е) не можу відповісти на це питання.

Бали за окремими питаннями виставляються відповідно до наведеного нижче ключа.

Ключ для виставляння балів

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
(а) -3	(а) +3	(а) -3	(а) -2	(а) +2	(а) +1	(а) +3	(а) +3	(а) -1	(а) +2	(а) +1	(а) +1
(б) -2	(б) -1	(б) +2	(б) +2	(б) +1	(б) +2	(б) +2	(б) +2	(б) +3	(б) +3	(б) +3	(б) -2
(в) -1	(в) -3	(в) -2	(в) -1	(в) -2	(в) -3	(в) +1	(в) -1	(в) -1	(в) -2	(в) -2	(в) -1
(г) +3	(г) +1	(г) +3	(г) +3	(г) +3	(г) -1	(г) -2	(г) +1	(г) +2	(г) -1	(г) -3	(г) +3
(г) +1	(г) -2	(г) +1	(г) -3	(г) -3	(г) -2	(г) -3	(г) -2	(г) -2	(г) +1	(г) -1	(г) +2
(д) +2	(д) +2	(д) -1	(д) +1	(д) -1	(д) +3	(д) -1	(д) -3	(д) -3	(д) -3	(д) +2	(д) -3
(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0
	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
(а) -3	(а) -2	(а) -3	(а) +3	(а) -1	(а) -1	(а) -3	(а) +3	(а) +3	(а) -3	(а) -3	(а) -3
(б) -1	(б) +1	(б) -2	(б) +2	(б) -2	(б) +1	(б) -2	(б) -1	(б) +1	(б) +2	(б) -2	(б) -2
(в) +2	(в) +2	(в) +1	(в) +1	(в) -3	(в) +2	(в) -1	(в) -2	(в) +2	(в) -2	(в) -1	(в) +3
(г) +3	(г) +3	(г) +2	(г) -1	(г) +3	(г) +3	(г) +1	(г) +2	(г) -2	(г) -1	(г) +3	(г) -1
(г) -2	(г) -3	(г) +3	(г) -3	(г) +2	(г) -2	(г) +2	(г) +3	(г) -1	(г) +1	(г) +1	(г) +2
(д) +1	(д) -1	(д) -1	(д) -2	(д) +1	(д) -3	(д) +3	(д) +1	(д) -3	(д) +3	(д) +2	(д) +1
(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0
	26	27	28	29	30	31	32	33 ч	33 ж		
(а) -2	(а) -2	(а) -2	(а) -3	(а) +3	(а) +1	(а) +3	(а) +3	(а) +1	(а) -2		
(б) -1	(б) -1	(б) +1	(б) +2	(б) +2	(б) -1	(б) +2	(б) +2	(б) -3	(б) -3		
(в) -3	(в) +3	(в) +2	(в) -1	(в) -1	(в) +3	(в) +1	(в) +1	(в) +3	(в) +2		
(г) +3	(г) +2	(г) +3	(г) +1	(г) +1	(г) -3	(г) -1	(г) -1	(г) +2	(г) -1		
(г) +2	(г) +1	(г) -3	(г) -2	(г) -2	(г) -2	(г) -2	(г) -2	(г) -1	(г) +1		
(д) +1	(д) -3	(д) -1	(д) -2	(д) -3	(д) +2	(д) -3	(д) -3	(д) -2	(д) +3		
(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0	(е) 0		

Правила виставляння і тлумачення оцінок

Оцінкою особистісної зрілості досліджуваного слугує алгебраїчна сума балів, набраних за всіма 33 питаннями тесту. (Отже, ця оцінка може перебувати в межах від +99 до -99 балів). На основі теоретичних міркувань деяких даних емпіричного характеру встановлено такі рівневі оцінки особистісної зрілості:

- (+99) – (+75) – досить високий рівень;
- (+74) – (+50) – високий;
- (+49) – (+25) – задовільний;
- менше (+25) – незадовільний.

Аналогічним чином визначаються оцінки за окремими шкалами тесту:

1. Мотивація досягнень (питання 2, 7, 8, 9, 11, 12, 15, 26, 27, 29, 30):

- (+33) – (+24) – досить високий рівень;
- (+23) – (+15) – високий;
- (+14) – (+7) – задовільний;
- менше (+7) – незадовільний.

2. Ставлення до свого “Я” (“Я-концепція”) (питання 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 30):

- (+54) – (+42) – досить високий рівень;
- (+41) – (+30) – високий;
- (+29) – (+20) – задовільний;
- менше (+20) – незадовільний.

3. Почуття громадянського обов’язку (питання 9, 16, 19, 21, 24, 28):

- (+18) – (+12) – досить високий рівень;
- (+11) – (+7) – високий;
- (+6) – (+4) – задовільний;
- менше (+4) – незадовільний.

4. Життєва установка (питання 3, 4, 9, 11, 12, 13, 17, 18, 20, 26, 27, 28):

- (+36) – (+27) – досить високий рівень;
- (+26) – (+19) – високий;
- (+18) – (+11) – задовільний;
- менше (+11) – незадовільний.

5. Здатність до психологічної близькості з іншою людиною (питання 4, 5, 15, 16, 31, 32, 33 ч або 33 ж):

- (+21) – (+15) – досить високий рівень;
- (+14) – (+10) – високий;
- (+9) – (+7) – задовільний;
- менше (+7) – незадовільний.

10.8. Тест на професійний стрес [22]

Прочитайте пропозиції і виберіть той пункт, що найбільше підходить для Вас. Довго не роздумуйте. Найщиріші відповіді приходять першими.

1. Дві людини, які добре Вас знають, обговорюють Вас. Які з тверджень вони, найімовірніше, стали б використовувати:

а) Х – дуже замкнута людина, здається, що ніщо сильно його (її) не турбує;

б) Х – чудова людина, але Ви повинні бути обережні, коли говорите йому (їй) щось час від часу;

в) здається, що в житті Х усе завжди відбувається не так, як треба;

г) я незмінно знаходжу Х дуже нудним і непередбаченим;

г) чим менше я бачу X, тим краще.

2. Чи властиві Вам у житті деякі з наступних, найбільш розповсюджених особливостей:

- відчуття, що Вам мало вдається зробити що-небудь правильно;
- відчуття, що Вас переслідують, заганяють у кут або в пастку;
- погане травлення;
- поганий апетит;
- безсоння ночами;
- короткочасні запаморочення і прискорене серцебиття;
- надмірна пітливість під час відсутності фізичного навантаження і спеки;
- панічне відчуття в натовпі або в зачиненому приміщенні;
- втома й брак енергії;
- почуття безнадійності (“яка користь у всьому цьому”);
- слабкість або нудота без яких-небудь зовнішніх причин;
- дуже сильне роздратування з приводу дрібних подій;
- нездатність розслабитися вечорами;
- регулярні пробудження серед ночі або дуже рано;
- труднощі в прийнятті рішення;
- неможливість перестати обмірковувати або переживати події минулого дня;
- слізливість;
- переконання, що Ви ні з чим толком не можете справитися;
- недолік ентузіазму навіть стосовно найбільш значимих і важливих життєвих справ;
- небажання зустрічатися з новими людьми й освоювати новий досвід;
- нездатність сказати “ні”, коли тебе просять щось зробити;
- відповідальність більша, ніж та, з якою Ви можете справитися.

3. Наскільки Ви оптимістичні в даний час:

- а) більше, ніж звичайно;
- б) як звичайно;
- в) менше, ніж звичайно.

4. Чи подобається Вам дивитися спортивні змагання?

5. Чи можете Ви дозволити собі поніжитися в ліжку у вихідні дні, не переживаючи при цьому почуття провини?

6. Чи можете Ви в розумних межах (професійних або особистісних) говорити відверто:

- а) із керівником;
- б) із колегами;
- в) із членами родини.

7. Хто звичайно несе відповідальність за найважливіші моменти у Вашому житті:

- а) Ви самі;
- б) хтось інший.

8. Коли Вас критикують на роботі керівники, як Ви звичайно відчуваєте себе:

- а) сильно засмученим;
- б) помірковано засмученим;
- в) мало засмученим.

9. Ви закінчуєте робочий день із відчуттям задоволення від досягнутого:

- а) часто;
- б) іноді;
- в) тільки рідко.

10. Чи часто відчуваєте почуття, що у Вас є невлагоджені конфлікти з колегами?

11. Обсяг виконуваної Вами роботи перевищує відведений для цього час:

- а) постійно;
- б) іноді;
- в) тільки зрідка.

12. Чи часто Ви уявляєте собі, які у Вас професійні перспективи:

- а) як правило, так;
- б) іноді;
- в) лише зрідка.

13. Чи можете Ви сказати, що, як правило у Вас досталь часу, який Ви витрачаєте на себе?

14. Якщо Ви хочете обговорити з ким-небудь свої проблеми, чи легко Вам звичайно знайти слухача?

15. Чи перебуваєте Ви на шляху, який більш-менш забезпечує досягнення Ваших головних життєвих цілей?

16. Ви нудьгуєте на роботі:

- а) часто;
- б) іноді;

в) дуже рідко.

17. Ви із задоволенням збираєтеся на роботу:

а) у більшості випадків;

б) у деякі дні;

в) лише зрідка.

18. Чи відчуваєте Ви, що на роботі належно цінують Ваші здібності й справи?

19. Чи відчуваєте Ви себе належно винагородженим на роботі за Ваші здібності та справи (маючи на увазі статус і просування по службі)?

20. Чи є у Вас почуття, що Ваші керівники:

а) активно заважають Вам у роботі;

б) активно допомагають Вам у роботі.

21. Якби 10 років тому Ви мали можливість побачити себе таким професіоналом, яким Ви є сьогодні, Ви б урахували, що:

а) перевершили власні очікування;

б) відповідаєте власним очікуванням;

в) не досягли власних очікувань.

22. Якби Ви повинні були оцінити в балах симпатії до самого себе за шкалою від 5 (максимум) до 1 (мінімум), який бал Ви б поставили самі собі?

Ключі до відповідей:

Поставте собі бали відповідно до поданих ключів і підсумуйте їх:

1. а) 0; б) 1; в) 2; г) 3; ґ) 4.

2. За кожне “так” по 1 балові.

3; 9; 12; 17; 21. а) 0; б) 2; в) 1.

4; 5; 13; 14; 15; 18; 19. “так” – 0, “ні” – 1.

6. За кожен “так” – 0, за кожен “ні” – по 1 балові.

7. а) 0; б) 1.

8; 11; 16 а) 2; б) 1, в) 0.

10. “ні” – 0, “так” – 1.

20. а) 1; б) 0.

22. За “5” – 0; за “4” – 1; за “3” – 2; за “2” – 3; за “1” – 4.

Підсумуйте бали. Якщо ви одержали:

– **від 0 до 15 балів** – стрес не є проблемою вашого життя;

– **від 16 до 30 балів** – у вас помірний рівень стресу для зайнятого і багато працюючого професіонала. Проте варто

проаналізувати ситуацію та подивитись, яким чином можна розумно зменшити стрес;

– **від 31 до 45 балів** – стрес становить безумовну проблему. Очевидна необхідність корекційних дій. Чим більше ви будете працювати при такому рівні стресу, тим важче що-небудь зробити з ним. Це серйозний привід для ретельного аналізу вашого професійного життя;

– **від 46 до 60 балів** – на цьому рівні стрес являє собою головну проблему, і щось повинно бути зроблене негайно. Ви можете виявитися дуже близькі до стадії виснаження в загальному адаптаційному синдромі (стресі). Напруга повинна бути ослаблена.

10.9. Діагностика смислових життєвих орієнтацій [13; 22; 26]

Тест смисложиттєвих орієнтацій (СЖО) являє собою адаптовану версію тесту “Ціль у житті” (Purpose-in-Life Test, PIL). PIL був розроблений Д. Крамбо і Л. Махоликом. За результатами факторних досліджень і даних тестування методикою PIL були виділені п’ять основних факторів (або субшкал), яким відповідають п’ять концептуально рефлексованих відчуттів осмислення життя:

1. Якість життя (7 пунктів): загальна характеристика задоволеності суб’єкта тим життям, яким він живе.

2. Зміст буття (6 пунктів): описує відчуття наявності в житті сенсу і цілей, впевненість у можливості їх віднайти.

3. Перешкоди буття (2 пункти): характеризують ставлення до смерті й особистого вибору.

4. Відповіді на питання буття (3 пункти): оцінюють можливість відшукати рішення екзистенційних проблем, відсутність страху і зніжкованості перед ним.

5. Майбутнє життя та відповідальність (2 пункти): описує ставлення до виходу на пенсію і самооцінку особистої відповідальності.

Інтерпретація та зміст субшкал:

1. *Мета в житті*. Результати за цією субшкалою характеризують наявність (або відсутність) у житті обстежуваного цілей у майбутньому, що додають його життю усвідомлення, спрямованості й тимчасової перспективи.

Низькі бали за цим показником властиві людині, котра живе сьогоднішнім або вчорашнім днем.

Високі бали характерні не тільки для цілеспрямованої людини, але і для прожектера (плани якого не мають реальної опори в сьогоденні і не підкріплені особистою відповідальністю за їхню реалізацію).

Ці два варіанти легко розрізняються під час обліку результатів за іншими шкалами СЖО.

2. Процес життя або інтерес та емоційна насиченість життя. Бали за цим показником свідчать про те, що обстежуваний сприймає процес свого життя як цікавий, емоційно насичений і наповнений сенсом.

Низькі бали за цією шкалою є ознаками незадоволеності своїм життям у сьогоденні. При цьому їй можуть додавати повноцінного змісту спогаду про минуле або спрямованість у майбутнє.

Високі бали за цією субшкалою, за умови низьких в інших, характерні для гедоніста, котрий живе сьогоднішнім днем.

3. Результативність життя, або задоволеність самореалізацією. Значення балів за цією субшкалою відображає самооцінку прожитого відрізка життя, відчуття продуктивності й осмисленості.

Високі бали за цією субшкалою характерні для людини, яка доживає своє життя, у якої все пройшло, але минуле здатне надавати сенсу залишку життя.

Низькі бали – показник незадоволеності прожитою частиною життя.

4. Локус-контроль Я (Я – господар життя). Високі бали за цією субшкалою відповідають уявленню про себе як про сильну особистість, яка володіє достатньою волею вибору, щоб побудувати своє життя відповідно до своїх цілей та уявлень про його сенс.

Низькі бали – показник зневіри у власних силах, можливість контролювати події свого життя.

5. Локус-контроль життя, або керованість життям. Високі бали характеризують переконаність обстежуваного в тому, що людині дано контролювати своє життя, вільно приймати рішення та втілювати їх у життя.

Низькі бали – фаталізм, упевненість у тому, що життя людини не підвласне свідомому контролю, що воля вибору ілюзорна і безглуздо щось загадувати на майбутнє.

Інструкція: Вам будуть запропоновані пари протилежних тверджень. Ваше завдання – вибрати одне із них, що, на вашу думку, більше відповідає дійсності, й відзначити одну із цифр 1, 2, 3, залежно від того, наскільки ви упевнені у виборі (або 0, якщо два твердження, на ваш погляд, однаково правильні).

П. І. П. _____
 Стаття _____
 Вік _____
 Освіта _____

1. Звичайно, мені дуже нудно.	3 2 1 0 1 2 3	Звичайно, я повний енергії.
2. Життя здається мені завжди хвилюючим і захоплюючим.	3 2 1 0 1 2 3	Життя здається мені абсолютно спокійним і рутинним.
3. У житті я не маю визначених цілей і намірів.	3 2 1 0 1 2 3	У житті я маю дуже чіткі цілі й наміри.
4. Моє життя здається мені вкрай безглуздом і безцільним.	3 2 1 0 1 2 3	Моє життя уявляється мені цілком осмисленим і цілеспрямованим.
5. Кожен день здається мені завжди новим і несхожим на інші.	3 2 1 0 1 2 3	Кожен день здається мені зовсім схожим на всі інші.
6. Коли я піду на пенсію, я займуся цікавими речами, якими завжди мріяв зайнятися.	3 2 1 0 1 2 3	Коли я піду на пенсію, я постараюся не обтяжувати себе ніякими турботами.
7. Моє життя склалося саме так, як я мріяв.	3 2 1 0 1 2 3	Моє життя склалося зовсім не так, як я мріяв.
8. Я не домогся успіхів у здійсненні своїх життєвих планів.	3 2 1 0 1 2 3	Я здійснив багато чого з того, що було мною заплановане в житті.
9. Моє життя порожнє і нецікаве.	3 2 1 0 1 2 3	Моє життя наповнене цікавими справами.
10. Якби мені довелося підводити сьогодні підсумок мого життя, то я б сказав, що воно було цілком осмисленим.	3 2 1 0 1 2 3	Якби мені довелося сьогодні підбивати підсумок мого життя, то я б сказав, що воно не мало сенсу.
11. Якби я міг вибрати, то б побудував своє життя зовсім інакше.	3 2 1 0 1 2 3	Якби я міг вибрати, то я б прожив життя ще раз так само, як живу зараз.
12. Коли я дивлюся на оточуючий мене світ, він часто приводить мене в розгубленість і занепокоєння.	3 2 1 0 1 2 3	Коли я дивлюся на оточуючий мене світ, він зовсім не викликає в мене занепокоєння і розгубленості.

13. Я людина дуже обов'язкова.	3 2 1 0 1 2 3	Я людина зовсім не обов'язкова.
14. Я думаю, що людина має можливість здійснити свій життєвий вибір за власним бажанням.	3 2 1 0 1 2 3	Я думаю, що людина позбавлена можливості вибирати через вплив природних здібностей і обставин.
15. Я чітко можу назвати себе цілеспрямованою людиною.	3 2 1 0 1 2 3	Я не можу назвати себе цілеспрямованою людиною.
16. У житті я ще не знайшов свого покликання і чітких цілей.	3 2 1 0 1 2 3	У житті я знайшов своє покликання і мету.
17. Мої життєві погляди ще не визначилися	3 2 1 0 1 2 3	Мої життєві погляди цілком визначилися.
18. Я вважаю, що мені вдалося знайти покликання і цікаві цілі в житті.	3 2 1 0 1 2 3	Я навряд чи здатний знайти покликання і цікаві цілі в житті.
19. Моє життя в моїх руках, і я сам керую ним.	3 2 1 0 1 2 3	Моє життя не підвласне мені, і воно керується зовнішніми подіями.
20. Мої повсякденні справи приносять мені задоволення.	3 2 1 0 1 2 3	Мої повсякденні справи приносять мені суцільні неприємності й переживання.

Ключі до субшкал тесту СЖО

У висхідну шкалу 1 2 3 4 5 6 7 переводяться пункти 1, 3, 4, 8, 9, 11, 12, 16, 17

У спадну шкалу 7 6 5 4 3 2 1 переводяться пункти 2, 5, 6, 7, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 20

Загальний показник СЖО – сума всіх 20 пунктів

Субшкала 1 (мета) 3, 4, 10, 16, 17, 18

2 (процес) 1, 2, 4, 5, 7, 9

3 (результат) 8, 9, 10, 12, 20

4 (локус-контроль Я) 1, 15, 16, 19

5 (локус-контроль життя) 7, 10, 11, 14, 18, 19

Таблиця 10.9.1

Шкала	Ч		Ж	
	Х	б	Х	б
1 мета	32,9	5,92	29,38	6,24
2 процес	31,0	4,44	28,80	6,14
3 результат	25,4	4,30	23,30	4,95
4ЛК-Я	21,1	3,85	18,58	4,30
5ЛК-життя	30,1	5,80	28,70	6,10

Загальний	103,	15,03	95,76	16,54
-----------	------	-------	-------	-------

10.10. Методика діагностики ступеня задоволеності основних потреб [22; 27]

Інструкція: перед Вами 15 тверджень, які Ви повинні оцінити, попарно порівнюючи їх між собою.

Спочатку оцініть 1-ше твердження з 2-м, 3-м і т. д. та результат упишіть у перший стовпчик. Так, якщо під час порівняння першого твердження з другим, кращим для себе ви вважаєте друге, то в початкову клітинку впишіть цифру 2. Якщо ж кращим виявиться перше твердження, то впишіть цифру 1. Потім те ж саме проробіть із другим твердженням: порівняйте його спочатку з 3-м, потім із 4-м і т. д. та вписуйте результат у другий стовпчик.

Подібним же чином працюйте з іншими твердженнями, поступово заповнюючи весь бланк.

Під час роботи корисно до кожного твердження вголос проговорити: “Я хочу...”.

1. Домогтися визнання і поваги.
2. Мати теплі відносини з людьми.
3. Забезпечити собі майбутнє.
4. Заробляти на життя.
5. Мати гарних співрозмовників.
6. Покращити своє становище.
7. Розвивати свої сили й здібності.
8. Забезпечити собі матеріальний комфорт.
9. Підвищувати рівень майстерності та компетентності.
10. Уникати неприємностей.
11. Прагнути до нового та незвіданого.
12. Забезпечити собі впливове становище.
13. Купувати гарні речі.
14. Займатися справою, що вимагає повної віддачі.
15. Бути зрозумілим іншими.

[illegible]

Закінчивши роботу, підрахуйте кількість балів (тобто виборів), що потрапили на кожне твердження.

Виберіть п'ять тверджень, що одержали найбільшу кількість балів і розмістіть їх за ієрархією.

Це ваші головні потреби.

Для визначення рівня задоволеності 5-ти головних потреб підрахуйте суму балів за п'ятьма секціями з таких питань:

1. Матеріальні потреби: 4, 8, 13.
2. Потреби в безпеці: 3, 6, 10.
3. Соціальні (міжособистісні) потреби: 2, 5, 15.
4. Потреби у визнанні: 1, 9, 12.
5. Потреби в самовираженні: 7, 11, 14.

Результати:

Підрахуйте суму балів за кожною з 5-ти секцій і відкладіть на вертикальній осі графіка результату. За точками балів побудуйте загальний графік результату, що вкаже три зони задоволеності за п'ятьма потребами.

10.11. Психодіагностика самотності [22; 26]

Ця методика розглядає самотність як суб'єктивне внутрішнє переживання. Воно цілісне, абсолютно всеохоплююче, має пізнавальний момент, є знаком нашої “самості”. Згідно з У. Седлером, життєвий світ особистості орієнтований на реалізацію таких екзистенційних можливостей:

1. Унікальність долі індивіда, актуалізація вродженого “Я”, його багатозначності (космічний вимір).

2. Традиція і культура особистості, що дають їй безліч цінностей та ідей, які вона використовує для інтерпретації власних переживань і визначення свого існування (культурний вимір).

3. Соціальне оточення індивіда, що формує поле організаційних відносин з іншими людьми й тими сферами, що залучаються до участі у групі й рольових функцій особистості (соціальний вимір).

4. Сприйняття інших людей, із якими можуть бути встановлені відносини “Я – Ти”, відносини, що можуть розгорнутися в подвійну реальність людського “Ми” (міжособистісний вимір).

Шкала для виміру самотності була розроблена (у межах одно-мірного підходу) Д. Расселом (Russell) із співробітниками. Вона включає 10 позитивно і 10 негативно сформульованих пунктів. Обстежуваний повинен указати, як часто він переживав стан, описаний у кожному із 20 пунктів, після цього підраховується загальний бал.

Модифікована шкала виміру самотності UCLA

Інструкція: укажіть, як часто Ви переживаєте стан, описаний у кожному нижченаведеному пункті; обведіть кружком бал для кожного пункту.

Таблиця 10.11.1

Психологічний стан	Н іколи	М ало	І ноді	Ч асто
1	2	3	4	5
*01. Я відчуваю, що перебуваю в злагоді з оточуючими мене людьми.	1	2	3	4
02. Я відчуваю брак у дружньому спілкуванні.	1	2	3	4
03. Немає нікого, до кого я міг би звернутися.	1	2	3	4
*04. Я не відчуваю себе самотнім.	1	2	3	4
*05. Я відчуваю себе частиною групи друзів.	1	2	3	4
*06. У мене багато спільного з оточуючими людьми.	1	2	3	4
07. Я більше не замикаюся в собі.	1	2	3	4
08. Ніхто з оточуючих не розділяє моїх інтересів і думок.	1	2	3	4
*09. Я – людина, котра легко віддаляється від людей.	1	2	3	4
*10. Є люди, до яких я відчуваю глибокі почуття.	1	2	3	4

Закінчення таблиці 10.11.1

1	2	3	4	5
11. Я відчуваю себе покинутим.	1	2	3	4
12. Мої соціальні зв'язки неглибокі.	1	2	3	4
13. Ніхто не знає мене по-справжньому.	1	2	3	4
14. Я відчуваю себе ізольованим від інших людей.	1	2	3	4
*15. Я можу знайти друзів, як тільки я цього захочу.	1	2	3	4
*16. Є люди, які по-справжньому розуміють мене.	1	2	3	4
17. Я нещасливий від того, що так віддалений від людей.	1	2	3	4
18. Люди навколо мене, але не зі мною.	1	2	3	4
*19. Є люди, з якими я можу поговорити.	1	2	3	4
*20. Є люди, до яких я можу звернутися.	1	2	3	4

Загальний бал шкали складається з балів, отриманих за всіма двадцятьма пунктами. У пунктах, відзначених зірочкою, перш ніж визначати бали, необхідно зробити перестановку в зворотному порядку (тобто зробити заміни: 1 = 4, 2 = 3, 3 = 2, 4 = 1). Отриманий результат співвідноситься з нормативними результатами відповідної групи обстежуваних.

Таблиця 10.11.2

Вікова група	Кількість респондентів, осіб	Середній бал самотності	Стандартне відхилення
18–30 років	149	8,31	2,02
31–40 років	94	8,17	1,97
41–50 років	53	7,51	1,88
51–60 років	52	7,86	2,32
Старше 60	34	7,26	2,63

Дослідження, проведені за допомогою шкали UCLA, показали, що результати, отримані за зазначеними шкалами, значимо корелюють зі значеннями показників: відчуття занедбаності, депресії, порожнечі, безнадійності, ізольованості й замкнутості.

10.12. Проективний метод психодіагностики ВКЗ [7]

Серед великого розмаїття проективних методів нами було обрано проективний малюнок, котрий має ряд переваг перед іншими. Це відносна простота й зручна методика для використання, зменшення ситуативного емоційного напруження, встановлення неформального та емоційного контакту з обстежуваним, маскування

інтерпретацій (Т. Н. Краско, 1995). До того ж сам термін “внутрішня картина здоров’я” припускає використання засобів образотворчого мистецтва. На думку R. S. Burns та S. H. Kaufman (1972), взаємодія між малюнком та людиною є зоровою метафорою і, якщо привести весь малюнок у дію, можна побачити те, що дійсно відбувається в її житті. “У буквальному розумінні, зовнішній світ надає для контакту папір, а обстежуваний – якусь частину свого внутрішнього світу, якусь частину себе”, – пише Г. Шоттенлоер (Schottenloher, 1989). Більше того, на її думку, зображення дає можливість навчитися рефлексії і надає засоби для внутрішнього росту й самокорекції. Інакше кажучи, завдяки зображенню людина ближче знайомиться із собою та одночасно може переосмислювати події.

Для вивчення ВКЗ найбільш відповідає тест “Дерево”. Його вибір був зумовлений тим, що по-перше, дерево у малюнку символізує життєву енергію, а прагнення до життя визначається товщиною стовбура і гілок (С. Koch, 1958). По-друге, інструкція і порядок застосування цього тесту можуть бути змінені (Е. С. Романова, О. Ф. Потьомкіна, 1992). По-третє, малюнковий тест “Дерево” широко розповсюджений (Е. Т. Соколова, 1978).

До найцікавіших досліджень, виконаних за згаданим тестом, слід віднести роботу французького вченого Р. Стора (R. Stora, 1978). У варіанті тесту Р. Стора малюнок дерева виконується з обох боків аркуша. Перший малюнок репрезентує першу реакцію обстежуваного на незнайому обстановку й відображає його зусилля із самоконтролю. Другий – більше відповідає психологічному станові у звичній обстановці.

В іншому варіанті тесту, Р. Стора ставить завдання намалювати “дерево надії”, а на звороті аркуша пропонує намалювати дерево із заплющеними очима. На думку автора, малюнок наосліп дає змогу виявити приховані конфлікти, які можуть впливати на теперішнє.

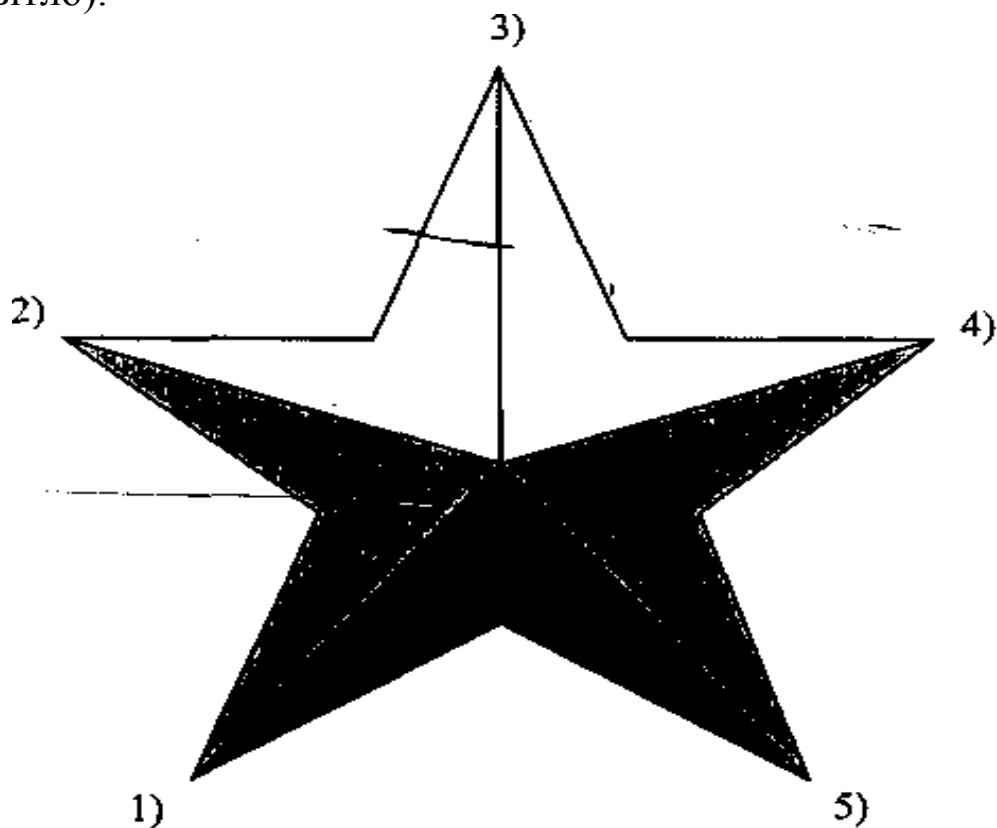
Труднощі з психологічним аналізом малюнка полягають у тому, що зображення вимагає описання формалізованою мовою, яка є основою однозначної психологічної інтерпретації дослідника (В. І. Батов, 1997). Виникла необхідність пошуку символічного образу здорової людини, який міг би наочно й неаналітично репрезентувати багатовимірний підхід до здоров’я. Таким символічним образом може бути пентаграма у вигляді зірки, що бере початок від Піфагора й символізує людину, спрощено зображену в знаменитому малюнку Леонардо да Вінчі.

С. Гінгер та А. Гінгер (1999) розглядають промені зірки як п'ять головних вимірів людської діяльності (мал. 1):

- 1) фізичний вимір: тіло, сенсорика, моторика, сексуальність;
- 2) афективний вимір: “серце”, почуття, любовні стосунки, інша людина;
- 3) раціональний вимір “голова” (обидві півкулі головного мозку), думки, творча уява;
- 4) соціальний вимір: взаємини з іншими людьми, людське, культурне оточення;
- 5) духовний вимір: місце і значення людини в оточуючому космосі та глобальній екосистемі.

Ці ж автори відзначають, що ліва частина пентаграми стосується внутрішнього життя людини (її тіло, серце, голова), у той час коли права частина стосується ближнього (соціального) і глобального (духовного, космічного) оточуючого середовища.

Людина, протягом свого життя повинна підтримувати рівновагу між цими видами діяльності, оскільки її поведінка обумовлена всіма п'ятьма згаданими вимірами: її організмом і відчуттями, її бажаннями і взаєминами, її думками та рішеннями, оточуючим соціальним середовищем і життям усесвіту (клімат, пора року, обертання Землі, сонячне світло).



Мал. 2.12.1. *Виміри людської діяльності за С. Гінгер, А. Гінгер*

- 1) фізичний вимір; 2) афективний вимір; 3) раціональний вимір;
4) соціальний вимір; 5) духовний вимір

Наведена пентаграма – не просто наочна схема, призначена для ілюстрації. Вона може стати функціональним робочим інструментом як для діагностики, так і для практичної роботи з різними ситуаціями, для побудови індивідуальних оздоровчих програм і навіть для вибору напряму роботи практичного психолога у цій сфері.

Описання методики

Мета: виявлення індивідуально-типологічних особливостей ВКЗ обстежуваного.

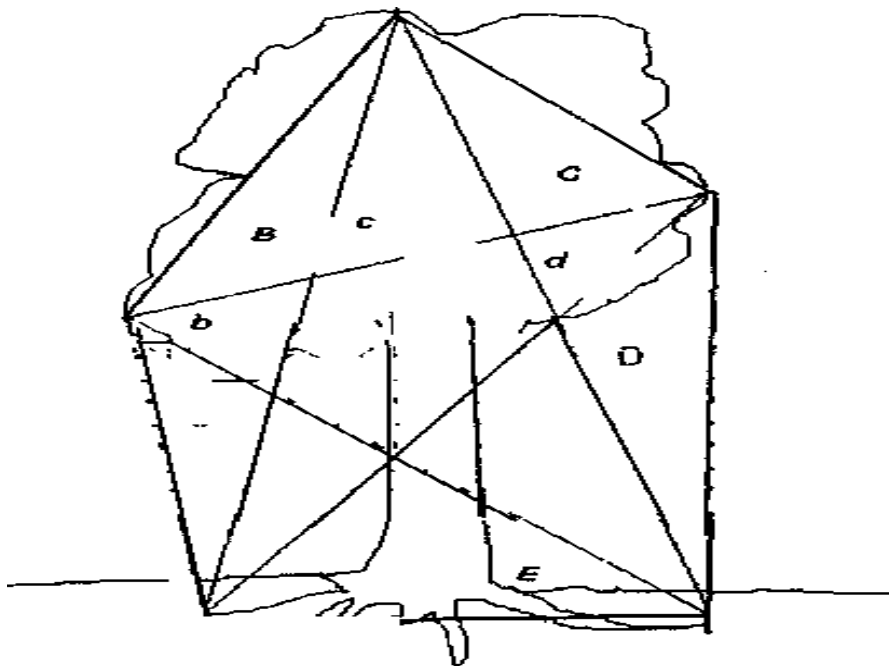
Матеріал: аркуш паперу А-4; ручка чи олівець.

Інструкція: Вам пропонується на аркуші паперу виконати малюнок “дерево здоров’я”. Ви можете намалювати будь-яке дерево, яке вважаєте за потрібне. Малюнок виконується ручкою чи олівцем.

Далі на звороті аркуша пропонується намалювати “дерево здоров’я” із заплученими очима.

Обробка результатів. Згадана пентаграма будується у малюнку обстежуваного таким чином (мал. 2.12.2):

- 1) знаходять найбільш віддалені п’ять точок намальованого дерева;
- 2) знайдені точки сполучаються прямими, щоб утворилася зірка;
- 3) утворені вершини променів зірки з’єднують прямими лініями.



Мал. 2.12.2. Побудова пентаграми

a – фізичний вимір; b – афективний вимір; c – раціональний вимір; d – соціальний вимір; e – духовний вимір; A – тілесноорієнтовний підхід; B – психоаналітичний підхід; C – групова динаміка; D – релігії, медитативні практика; E – природна медицина, йога, тай-цзи та ін.

Одержана таким чином зірка показує, як організуються згадані виміри людської діяльності у ВКЗ обстежуваного, яку площу вони займають у зробленому малюнку, як співвідносяться один з одним, який із вимірів переважає, а який займає скромне місце. За бажанням дослідника можна ці співвідношення виразити у числах, обрахувавши площу трикутників, які утворюють промені зірки.

С. Гінгер та А. Гінгер (1999) зазначають, що якщо переміщуватися від одного кінця пентаграми до другого за годинниковою стрілкою, то можна послідовно пройти через:

- 1) ставлення до свого тіла, куди включений лише один індивід (самотність);
- 2) афективні взаємини з коханою людиною (пара);
- 3) інтелектуальні зв'язки (з кількома людьми);
- 4) ширші соціальні зв'язки з групами людей (товариство);
- 5) приналежність до Всесвіту через поступове розширення зв'язків.

Тому людина протягом свого життя повинна намагатися підтримувати рівновагу між часовими періодами, які охоплюють:

- стосунки індивіда із самим собою (розмірковування, читання, медитація...);
- стосунки двох (дружба, любов, сексуальність...);
- групові взаємини (під час навчання, на роботі, в культурі...);
- відносини з суспільством (економіка, політика...);
- стосунки зі Світом (екологія, філософія, духовність, релігія...).

Аналогічні явища констатують і стосовно психологічного консультування як стратегій допомоги (Р. Нельсон-Джоунс, 2000). Одержаний після з'єднання променів зірки п'ятикутник ілюструє це положення (мал. 2.12.2). Консультант, який володіє певним репертуаром впливів, повинен визначитись, які впливи слід застосувати до конкретного клієнта і яка ймовірність успіху. Описана методика полегшує цей процес, роблячи його наочним і дає змогу зробити вибір на користь того чи іншого методу консультування. Більше того,

з допомогою наведеного тесту можна розробляти індивідуальні оздоровчі програми й коригувати їх залежно від змін клієнта. За необхідності можна також обчислити площі трикутників А, В, С, D, Е, щоб одержати результат у числовому варіанті.

Описаний проєктивний метод діагностики ВКЗ дає змогу практичному психологу діяти з допомогою багатовимірного продуктивного підходу, одночасно враховуючи названі виміри поведінки людини. Він вивільняє не просто аналіз, а глобальне синтетичне бачення, спрямоване на прояснення того, “як ВКЗ індивіда функціонує зараз”, а не “чому ВКЗ індивіда функціонує так”.

10.13. Карта визначення ризику суїцидальності¹

Карта призначена для визначення ризику здійснення суїциду і ступеня такого ризику в осіб, які опинились у важких життєвих ситуаціях. Застосування карти правомірно під час дослідження пацієнтів із наявними в анамнезі гострими афективними реакціями на фоні акцентуації характеру, а також у встановленні ризику суїциду осіб без вираженої характерологічної патології в умовах життєвої кризи.

У карту включений 31 фактор ризику суїциду, наявність кожного із яких необхідно виявити в досліджуваного. Карту повинні заповняти психологи, які добре знайомі з анамнезом та особистістю пацієнта на основі вільної бесіди з ним. Заповнюючи карту, необхідно виходити не із суб’єктивної оцінки себе пацієнтами, а із вражень клінічного психолога, отриманих під час ретельного вивчення анамнезу.

Фактори ризику суїцидальності

1. Дані анамнезу

1. Вік першої суїцидальної спроби – до 20 років.
2. Раніше мала місце суїцидальна спроба.
3. Суїцидальна спроба у родичів.
4. Розлучення чи смерть одного з батьків (до 18 років).
5. Недостатньо тепла в сім’ї в дитинстві чи юності.
6. Початок статевого життя – до 18 років і раніше.

¹ Лісова О. С. Психологія суїцидальної поведінки. – Чернівці, 2004. – 233 с.

7. Повна чи часткова бездоглядність у дитинстві.
8. Провідне місце в системі цінностей займають любовні відносини.
9. Виробнича сфера не відіграє важливої ролі у системі цінностей.
10. В анамнезі мало місце розлучення.

2. Актуальна конфліктна ситуація

1. Ситуація невизначеності, очікування.
2. Конфлікт в області любовних чи подружніх відносин.
3. Тривалий конфлікт.
4. Подібний конфлікт мав місце раніше.
5. Конфлікт, погіршений неприємностями в інших сферах життя.
6. Суб'єктивне почуття нездоланності конфліктної ситуації.
7. Почуття образи, жалю до себе.
8. Почуття втоми, безсилля.
9. Суїцидальні висловлювання, погрози суїциду.

3. Характеристика особистості

1. Емоційна лабільність.
2. Імпульсивність.
3. Емоційна залежність, необхідність надзвичайно близьких емоційних контактів.
4. Довірливість.
5. Емоційна в'язкість, ригідність афекту.
6. Хворобливе самолюбство.
7. Самостійність, відсутність залежності у прийнятті рішень.
8. Напруженість потреб (сильно виражене бажання досягти своєї цілі, висока інтенсивність даної потреби).
9. Наполегливість.
10. Рішучість.
11. Безкомпромісність.
12. Низька здатність до утворення компенсаторних механізмів, витіснення фруструючих факторів.

Після виявлення всіх параметрів, кожному з них приписується умовна вага відповідно до таблиці. Так, більшість параметрів (8; 9; 11–31) за їх наявності в досліджуваній особі оцінюється балом “1”. Деякі найбільш значимі фактори анамнезу – балами “2” (5–7) і “3” (1–4; 10). У випадку незначної вираженості будь-якої властивості їй приписується вага, рівна половині від “1”, “2” чи “3”. За відсутності

будь-якого із 31 параметрів він оцінюється балом “-0,5”. Не виявленими з різних причин можуть бути не більше 2–3 факторів. Їх вага дорівнює нулю. Нулем оцінюються також характеристики 7 і 10 осіб, які не досягли середнього початку статевого життя (17 років) та вступу у шлюб (21 рік).

Потім вираховується сума балів за всіма факторами. Якщо отримана величина менша, ніж 8,86 – ризик суїциду незначний. Якщо ця величина коливається в межах від 8,86 до 15,48, то існує ризик здійснення суїцидальної спроби. У випадку, коли сума балів перевищує 15,48, ризик суїциду досліджуваного високий, а у випадку наявності в анамнезі спроби самогубства, значний ризик її повторення.

Таблиця 10.13.1

Вага фактора ризику суїциду залежно від його наявності, вираженості й значення

Характеристика наявності фактора	Номери факторів		
	8; 9; 11–31	5–7	1–4; 10
Відсутній	-0,5	-0,5	-0,5
Слабко виражений	+0,5	+1,0	+1,5
Присутній	+1,0	+2,0	+3,0
Наявність не виявлен	0	0	0

Таким чином, самогубство – явище, яке досить часто трапляється в людському суспільстві. У кожної людини стільки внутрішньої індивідуальності, стільки свого особистого емоційно забарвленого бачення життєвих проблем, що навіть при зовнішньому благополуччі у неї завжди можуть виникнути власні причини для самогубства. Звичайно, соціальне середовище значною мірою визначає рівень самогубств, але, напевне, у найближчому майбутньому повністю зняти цю проблему суспільство не зможе.

10.14. Опитувальник на “вигорання” MBI [10]

Авторами цього опитувальника є американські психологи К. Масlach і С. Джексон. Він призначений для вимірювання ступеня “вигорання” в професіях типу “людина-людина”. Цей варіант адаптований Н. Є. Водоп’яною.

Інструкція. Дайте, будь ласка, відповідь, як часто Ви переживаєте відчуття, які названі нижче в опитувальнику. Для цього на бланку відповідей відмітьте по кожному пункту позицію, яка відповідає частоті ваших думок і переживань: ніколи, дуже рідко, іноді, часто, дуже часто, кожен день.

Текст опитувальника

1. Я почуваю себе емоційно спустошеним.
2. Після роботи я почуваю себе, як “вижаний лимон”.
3. Вранці я відчуваю втому і небажання йти на роботу.
4. Я добре розумію, що відчувають мої підлеглі й колеги, і намагаюся враховувати це в інтересах справи.
5. Я відчуваю, що спілкуюсь із деякими підлеглими та колегами як із предметами (без теплоти й прихильності).
6. Після роботи на деякий час хочеться усамітнитися від усіх і всього.
7. Я вмію знаходити правильне рішення у конфліктних ситуаціях, які виникають під час спілкування з колегами.
8. Я відчуваю пригнічення та апатію.
9. Я впевнений, що моя робота потрібна людям.
10. Останнім часом я став “черствим” у ставленні до тих, із ким працюю.
11. Я помічаю, що моя робота робить мене жорстокішим.
12. У мене багато планів на майбутнє, і я вірю в їхнє здійснення.
13. Моя робота все більше мене розчаровує.
14. Мені здається, що я забагато працюю.
15. Буває, що мені дійсно байдуже те, що відбувається з деякими моїми підлеглими і колегами.
16. Мені хочеться усамітнитись і відпочити від усього і всіх.
17. Я легко можу створити атмосферу доброзичливості та співпраці в колективі.
18. Під час роботи я відчуваю приємне пожвавлення.
19. Завдяки своїй роботі я вже зробив у житті багато дійсно цінного.
20. Я відчуваю байдужість і втрату інтересу до багатьох речей, які радували мене в моїй роботі.
21. Останнім часом мені здається, що колектив і підлеглі все частіше перекладають на мене тягар своїх проблем і обов’язків.

Обробка результатів. Опитувальник має три шкали: “емоційне спустошення” (9 тверджень), “деперсоналізація” (5 тверджень) і

“редукція” (8 тверджень). Відповіді досліджуваного оцінюються: **0 балів** – “ніколи”, **1** – “дуже рідко”, **3** – “інколи”, **4** – “часто”, **5** – “дуже часто”, **6** – “кожен день”.

Ключ до опитувальника.

Шкала “емоційного спустошення” – відповіді “так” за пунктами 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (максимальна сума балів – 54).

Шкала “деперсоналізації” – відповіді “так” за пунктами 5, 10, 11, 15, 22 (максимальна сума балів – 30).

Шкала “редукції особистісних досягнень” – відповіді “так” за пунктами 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (максимальна сума балів – 48).

Висновки

Чим більша сума балів за кожною шкалою окремо, тим більше в досліджуваного виражені різні сторони “вигорання”. Про тяжкість “вигорання” можна судити з суми балів за всіма шкалами.

10.15. Методика дослідження емоційно-особистісних особливостей (опитувальник Ольшаннікової-Рабінович)¹ [28]

Опитувальник дає змогу визначити стійку схильність людини до переживання трьох базових емоцій: страху, гніву й радості.

Інструкція. Вам пропонується кілька запитань про особливості поведінки і Ваших почуттів. Прочитайте кожне запитання та вирішіть, чи правильне це твердження щодо Вас, чи ні.

Відповіді на запитання повинні відповідати такому принципові:

- безумовно, так – 4;
- мабуть, так – 3;
- мабуть, ні – 1;
- безумовно, ні – 0.

Працюйте швидко, не затрачайте дуже багато часу на будь-яке запитання, цікава Ваша перша реакція, а не результат Ваших тривалих роздумів. Весь опитувальник повинен зайняти кілька хвилин. Тут немає поганих чи гарних відповідей, будь-яка Ваша відповідь є правильною.

¹ Опросник предложен и апробирован Е. А. Ольшанниковой и Л. А. Рабинович (1974) (см.: Рабинович Л. А. Дифференциально-психофизиологический анализ эмоциональности как черты темперамента: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – М., 1974).

1. Чи можете Ви сказати про себе, що ви за своїм характером оптиміст?
2. Чи боїтеся Ви темряви в незнайомому оточенні?
3. Чи буває вам страшно йти темною безлюдною вулицею?
4. Чи схильні Ви перейматися невеселими, похмурими думками?
5. Чи вважаєте Ви, що Ваші життєві обставини приносять Вам багато невдоволення?
6. Чи страшно Вам дивитися вниз із великої висоти?
7. Чи можна сказати, що у Вас переважає радісне світовідчуття?
8. Чи охоплює Вас гнів так сильно, що Ви довго не можете заспокоїтись?
9. Якби над Вами зле пожартували, чи розгнівало б це Вас?
10. Чи властиво Вам переживати почуття страху під час сильної грози?
11. Чи легко Вас розсердити?
12. Чи викликають у Вас страх страшні сцени в кінофільмах?
13. Якщо Ви зазнаєте поразки в спорті, чи дратуєтеся Ви і злитеся?
14. Чи є Ви прихильником думки, що в житті більше радощів, ніж негараздів?
15. Чи невдоволені Ви, якщо не виконуються Ваші вимоги?
16. Чи любите Ви веселощі навколо Вас?
17. Чи буває у Вас почуття страху перед відвідуванням стоматолога або перед необхідністю зробити укол?
18. За можливості, чи стали б Ви займатися будь-яким небезпечним видом спорту?
19. Чи викликають у Вас роздратування будь-які труднощі в діяльності?
20. Чи можна сказати, що Ваш настрій найчастіше буває веселим і бадьорим?
21. Чи дратує Вас, якщо Ви дуже поспішаєте, а Вам несподівано завадили?
22. Чи дратує Вас, якщо Вам здається, що Вас не розуміє близька людина?
23. Чи поступливі Ви?
24. Чи відчуваєте Ви страх, коли Вам необхідно звернутися до начальника або високопосадової особи?
25. Чи буваєте Ви активним учасником веселощів у компанії?
26. Чи можна сказати про Вас, що Ви життєрадісна людина?

27. Коли на Вас кричать, Вам хочеться відповісти тим же?
 28. Чи наважитесь Ви піти вночі в будь-яке страшне місце, якщо справа йде на спір?
 29. Чи легко Вас розсердити?
 30. Вам властивий стан задоволеності життям?
 31. У Вас часто з'являється бажання з ким-небудь посваритися?
 32. Чи вважаєте Ви себе веселою людиною?
 33. Чи боїтесь Ви виходити на сцену, трибуну?
 34. Чи охоплюють Вас неприємні почуття, коли Ви в ліфті, тунелі?
 35. Зазвичай уранці у Вас бадьорий, радісний настрій?
 36. Чи можна Вас назвати сміливою людиною?

Ключ

Відповіді на запитання	Бали	
	для прямих запитань	для обернених запитань
Безумовно, так – 4	4	0
Мабуть, так – 3	3	1
Мабуть, ні – 1	1	3
Безумовно, ні – 0	0	4

Гнів: 5, 8, 9, 13, 15, 19, 21, 22, 27, 29, 31 – прямі відповіді; 23 – обернена відповідь.

Страх: 2, 3, 6, 10, 12, 17, 24, 33, 34 – прямі відповіді; 18, 28, 36 – обернені відповіді.

Радість: 1, 7, 11, 14, 16, 20, 25, 26, 30, 32, 35 – прямі відповіді; 4 – обернена відповідь.

Для кожної емоції підраховується сума балів.

Високі значення: для *гніву* – 25 балів і вище; для *страху* – 29 балів і вище; для *радості* – 28 і вище.

Середні значення: для *гніву* – від 12 до 24; для *страху* – від 13 до 28; для *радості* – від 12 до 27.

Низькі значення: для *гніву* – 11 балів і нижче; для *страху* – 12 і нижче; для *радості* – 11 і нижче.

10.16. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій [17; 25; 28; 30; 31]

Міссісіпська шкала (МШ) була розроблена для оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій (Keane T. M., et al., 1987, 1988). На сьогодні вона є одним із широко використовуваних інструментів для вимірювання ознак ПТСР. Шкала містить 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Ліккерта. Оцінка результатів здійснюється сумуванням балів, підсумковий показник дозволяє виявити ступінь впливу перенесеного індивідом травматичного досвіду. Пункти опитувальника входять у 4 категорії, три з яких співвідносяться з критеріями DSM: 11 пунктів направлені на визначення симптомів вторгнення, 11 – уникання та 8 запитань відносяться до критерію фізіологічної збудливості. П'ять інших запитань направлені на виявлення почуття провини та суїцидальності.

Бланк Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій

Таблиця 10.16.1

1. У минулому в мене було більше близьких друзів, ніж тепер				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	Іноді правильно	частково правильно	правильно	цілком правильно
2. У мене немає почуття провини за все те, що я робив у минулому				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	іноді правильно	частков о правильно	правильно	цілком правильно
3. Якщо хтось виведе мене із терпіння, то, найімовірніше, я не стримаюся (застосую фізичну силу)				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
зовсім неймовірно	малоймовірн о	частково ймовірно	ймовірн о	крайне ймовірно
4. Якщо стається щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і спричиняє біль				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
5. Люди, які дуже добре мене знають, бояться мене				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
6. Я здатний вступати в емоційно близькі відносини з іншими людьми				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
ніколи	мало	іноді	часто	завжди

Продовження таблиці 10.16.1

1	2	3	4	5
7. Мені сняться вночі страхіття про те, що було зі мною реально в минулому				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
ніколи	мало	іноді	часто	завжди
8. Коли я думаю про деякі речі, що я робив у минулому, мені просто не хочеться жити				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	цілком правильно
9. Зовні я виглядаю нечуттєвим				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	цілком правильно

10. Останнім часом я відчуваю, що хочу покінчити із собою				
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	цілком правильно
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся лише тоді, коли треба вставати				
1	2	3	4	5
ніколи	мало	іноді	часто	завжди
12. Я постійно задаю собі запитання: чому я ще живий у той час, як інші вже померли				
1	2	3	4	5
ніколи	мало	іноді	часто	завжди
13. У деяких ситуаціях я почуваю себе так, ніби повернувся в минуле				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся і змушую себе більше не спати				
1	2	3	4	5
ніколи	мало	іноді	часто	завжди
15. Я відчуваю, що більше не можу				
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	цілком правильно
16. Речі, що викликають в інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають				
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	цілком правильно

Продовження таблиці 10.16.1

1	2	3	4	5
17. Мене так само радують ті ж речі, що й раніше				
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	цілком правильно
18. Мої фантазії реалістичні й викликають страх				
1	2	3	4	5
ніколи	мало	іноді	часто	дуже часто
19. Я помітив, що мені не важко працювати				

1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	іноді правильно	правильно	цілком правильно
20. Мені важко зосередитися				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	дуже часто
21. Я безпричинно плачу				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	дуже часто
22. Мені подобається бути в компанії інших людей				
1	2	3	4	5
ніколи	мало	іноді	часто	дуже часто
23. Мене лякають мої прагнення і бажання				
1	2	3	4	5
ніколи	мало	іноді	часто	дуже часто
24. Я легко засинаю				
1	2	3	4	5
ніколи	майже ніколи	іноді	часто	дуже часто
25. Від несподіваного шуму я сильно здригаюсь				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	дуже часто
26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю				
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	цілком правильно
27. Я легка, спокійна, врівноважена людина				
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	цілком правильно
28. Я відчуваю, що про деякі речі, які відбулися зі мною, я ніколи не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти				
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	цілком правильно

Продовження таблиці 10.16.1

1	2	3	4	5
29. Іноді я вживаю алкоголь (наркотики чи снодійне), щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, що відбувалися зі мною в минулому				
1	2	3	4	5
ніколи	мало	іноді	часто	дуже часто
30. Я не відчуваю дискомфорту, коли буваю в натовпі				
1	2	3	4	5
ніколи	майже ніколи	іноді	часто	завжди

31. Я втрачаю самовладання і дратуюся через дрібниці				
1	2	3	4	5
ніколи	мало	іноді	часто	дуже часто
32. Я боюся засинати				
1	2	3	4	5
ніколи	майже ніколи	іноді	часто	завжди
33. Я намагаюсь уникати всього, що могло б нагадати мені б про те, що відбувалося зі мною в минулому				
1	2	3	4	5
ніколи	майже ніколи	іноді	часто	завжди
34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше				
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	майже завжди
35. Я відчуваю труднощі у прояві своїх почуттів, навіть при близьких людях				
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	майже завжди
36. Іноді я поводжу себе чи відчуваю так, ніби те, що було зі мною в минулому, відбувається знову				
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	майже завжди
37. Я не можу пригадати деякі важливі речі, які відбулися зі мною в минулому				
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	майже завжди
38. Я дуже уважний і насторожений більшу частину часу				
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	майже завжди

Закінчення таблиці 10.16.1

1	2	3	4	5
39. Якщо стається що-небудь, що нагадує мені про минуле, мене охоплює така тривога й паніка, що в мене починається сильне серцебиття чи перехоплює дихання, я весь тремчу, пітнію, у мене паморочиться в голові, з'являються “мурашки” і я майже втрачаю свідомість, маю труднощі із засинанням, сном або часті нічні жахи				
1	2	3	4	5
ніколи	майже ніколи	іноді	часто	дуже часто

Обробка результатів*

Підраховується сума балів по пунктах із прямої шкали (£1):
1,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14,15,16,18,20,21,23,25,26,28,29,31,32,33,
35,36,37,38, 39.

Далі сума балів по пунктах із оберненої шкали (£2):
2, 6,11,17,19,22, 24,27, 30, 34.

Загальний бал: (£1) + (£2):

***Примітка:** вищенаведені ключі приводяться для цивільного варіанту МШ.
При оцінці військового варіанту відповідно XI вираховується як сума балів по пунктах: (£1): 3,4,5,7,8,9,10,12,13,14,15,16,18,20,21, 23,25, 26, 28, 29,31,32,33,35;
сумма (£2): вичислюється аналогічно.

10.17. Методика діагностики ставлення до інших людей з інвалідністю [12]

Необхідний матеріал для проведення цієї методики: лист білого паперу (формат А 4), простий олівець.

Хід експерименту

Випробовуваному дається інструкція, що складається з двох частин. Інструкцію необхідно давати частинами, у міру виконання завдання досліджуваним.

Інструкція: “1. Перед вами олівець і лист паперу. Зобразіть за допомогою трьох кіл своє уявлення про себе, важливих для Вас людей та інших, тобто людей, котрі оточують Вас, і свої уявлення про ваші стосунки з ними. Укажіть, який із кругів означає Ваше “Я”, який – важливих людей, і який – інших людей. Підпишіть круги.

2. У всіх людей є переваги й недоліки, позитивні риси та негативні. Подумайте й нанесіть у цих кругах штрихування, яке означатиме негативні риси або недоліки. Незаштрихована частина круга означатиме переваги, позитивні якості”.

Експериментатор не повинен роз’яснювати, як можуть бути розміщені круги, якого вони діаметра. На питання досліджуваного про те, як потрібно намалювати круги, можна відповісти: “Як хочете. Це Ваше уявлення”.

Опрацювання результатів. Після виконання досліджуваним завдання отримані дані піддаються кількісному та якісному аналізу.

Якісний аналіз малюнків проводиться за основними параметрами зображень, відповідно до принципів аналізу графічних тестів.

Основні параметри зображень, за якими аналізувалися малюнки:

- величина кіл інтерпретується як самовідношення, ставлення до важливих та інших людей;
- фізична дистанція від круга “Я” до кругів “Важливі” та “Інші” – як психологічна дистанція між ними;
- розміщення “Я” стосовно “Важливих” та “Інших”: круг “Я” поряд, торкається або перетинається з кругом “Важливі” чи “Інші” – ідентифікація, виключення або включення себе в “Ми”, утворене з конкретним іншим;
- усередині круга “Я” розташовані “Важливі” й “Інші” – егоцентричність;
- круг “Я” розміщений у крузі “Важливих” або “Інших” – залежність від інших;
- кількість заштрихованої площі кругів може інтерпретуватись як самооцінка, оцінка інших;
- якість штрихування та загальні розміри малюнка інтерпретуються як загальний емоційний фон, рівень тривожності.

Для отримання кількісних даних за описаними параметрами проводяться такі вимірювання:

- діаметр кругів “Я”, “Важливий”, “Інші”;
- лінійна відстань між кругом “Я” – “Важливий” і “Я” – “Інші” в позиції, коли круг “Я” розміщений на відстані від цих двох кругів;
- площа заштрихованої частини круга “Я”, “Важливий”, “Інший”.

Отримані дані вимірювань за кожним досліджуваним піддаються математичному опрацюванню за допомогою комп’ютерної програми і виводяться нормативні показники для досліджуваних.

Другий етап опрацювання даних включає визначення та аналіз характерного типу міжособистісних відносин. Визначення типу міжособистісних відносин ґрунтується на розміщенні круга “Я” по відношенню до кругів “Важливий” та “Інші”. Розміщення круга “Я” в різних поєднаннях із кругами “Важливі” та “Інші” утворює сім типів відносин. Визначивши в кожному типі характерні особливості, даються відповідні змістовні позначення.

10.18. Методика визначення типу акцентуації рис характеру та темпераменту К. Леонгарда – Х. Шмишека [3; 18]

Методика призначена для діагностики типу акцентуації особистості. В основу опитувальника покладено концепцію акцентованої особистості К. Леонгарда. Згідно з нею індивідуальні якості особистості можуть бути розділені на дві групи – головну й додаткову. Стрижень особистості складають головні риси, і вони визначають її індивідуальність, розвиток, адаптацію, психічне здоров'я. Надмірне вираження цих рис призводить до структурних психологічних змін, а в несприятливих соціальних умовах – до розладу структури особистості.

Акцентуацію якоїсь риси слід розглядати не як патологію, а як визначене відхилення від середньої норми, яскраво виражену своєрідність психічного складу. Осіб, у яких відзначається високий ступінь вираженості рис характеру або темпераменту, називають акцентованими.

Текст опитувальника Леонгарда–Шмишека

Інструкція. Вам запропоновано твердження щодо Вашого характеру. Якщо Ви згодні з ним, поставте знак “+” (так), якщо ні – знак “-”. Над відповідями довго не думайте, правильних і неправильних відповідей немає.

1. У Вас переважно веселий та безтурботний настрій?
2. Ви чутливі до образ?
3. Чи буває так, що у Вас на очі навертаються сльози в кіно, театрі, під час бесіди і т. д.?
4. Зробивши щось, Ви сумніваєтеся, чи все зроблено правильно, і не заспокоїтеся доти, доки не переконаєтеся ще раз у тому, що все зроблено правильно?
5. У дитинстві Ви були таким же сміливим, як усі Ваші однолітки?
6. Чи часто у Вас різко змінюється настрій: від стану безпричинної радості до огиди до життя, до себе?
7. Звичайно Ви в центрі уваги компанії?
8. Чи буває так, що Ви безпричинно перебуваєте в такому поганому настрої, що з Вами краще не розмовляти?
9. Ви серйозна людина?

10. Здатні Ви захоплюватися, милуватися чим-небудь?
11. Чи завзяті Ви?
12. Ви швидко забуваєте, якщо Вас хтось образив?
13. Чи м'якосердні Ви?
14. Коли Ви вкидаєте лист у поштову скриньку, то намагаєтеся перевірити чи він потрапив до неї, проводячи рукою по отвору скриньки?
15. Чи прагнете Ви завжди бути серед кращих працівників?
16. Чи Вам було страшно в дитинстві під час грози або в разі зустрічі з незнайомою собакою (а можливо, таке почуття буває й тепер, у зрілому віці)?
17. Чи прагнете Ви в усьому і всюди підтримувати порядок?
18. Чи залежить Ваш настрій від зовнішніх обставин?
19. Чи люблять Вас Ваші знайомі?
20. Чи часто у Вас буває почуття внутрішнього неспокою, почуття можливої біди, неприємностей?
21. У Вас часто трохи пригнічений настрій?
22. Чи бували у Вас хоча б один раз істерика або нервовий зрив?
23. Чи важко Вам довго всидіти на одному місці?
24. Якщо з Вами несправедливо поступили, чи будете енергійно відстоювати свої інтереси?
25. Чи можете Ви зарізати курку або вівцю?
26. Чи дратує Вас, якщо вдома занавіска або скатертина висять нерівно, тому Ви зразу намагаєтеся поправити їх?
27. У дитинстві Ви боялися залишатись одні вдома?
28. Часто у Вас бувають коливання настрою без причин?
29. Чи завжди Ви прагнули бути достатньо сильним працівником у своїй професії?
30. Чи швидко Ви починаєте сердитися чи гніватись?
31. Чи можете Ви бути абсолютно безтурботним, веселим?
32. Буває так, що почуття повного щастя буквально пронизує Вас?
33. Як Ви думаєте: вийшов би з Вас ведучий гумористичної вистави?
34. Ви звичайно викладаєте свою думку людям досить відверто й прямо, без натяку?
35. Вам важко переносити вигляд крові? Чи не викликає це у Вас неприємних почуттів?

36. Чи любляете Ви роботу з високою особистою відповідальністю?
37. Чи схильні Ви захистити людей, до яких виявляють несправедливість?
38. У темний підвал Вам важко й страшно спускатися?
39. Чи віддасте Ви перевагу такій роботі, коли діяти потрібно швидко, а вимоги до якості виконання невисокі?
40. Чи товариський Ви?
41. У школі Ви охоче декламували вірші?
42. Чи втікали Ви в дитинстві з дому?
43. Чи здається Вам життя важким?
44. Буває так, що після конфлікту, образи Ви до того вражені, що йти на роботу буває просто нестерпно?
45. Можна сказати, що в разі негараздів Ви не втрачаєте почуття гумору?
46. Чи зробили б Ви першим крок до примирення, якщо Вас хто-небудь образив?
47. Ви дуже любите тварин?
48. Чи повертаєтеся Ви, щоб упевнитися, що залишили домівку або робоче місце в такому стані, що там нічого не скоїться?
49. Чи переслідує Вас іноді думка, що з Вами й Вашими близькими може трапитися щось страшне?
50. Вважаєте Ви, що Ваш настрій дуже мінливий?
51. Вам важко доповідати (виступати) на сцені перед великою кількістю людей?
52. Ви можете вдарити того, хто Вас образив?
53. У Вас дуже велика потреба в спілкуванні з іншими людьми?
54. Ви належите до тих, хто під час будь-яких розчарувань упадає у глибокий відчай?
55. Вам подобається робота, котра потребує енергійної організаторської діяльності?
56. Чи наполегливо Ви добиватиметеся своєї мети, якщо на шляху до неї доведеться долати безліч перешкод?
57. Чи може трагічний фільм зворушити Вас так, що на очах виступають сльози?
58. Часто Вам буває важко заснути через те, що проблеми минулого дня чи майбутнє постійно “крутяться” в думках?
59. У школі Ви іноді підказували своїм товаришам чи давали списати?

60. Чи потрібно Вам велике напруження волі, щоб пройти одному через кладовище?

61. Чи ретельно Ви стежите за тим, щоб кожна річ у Вашій квартирі була тільки на одному й тому самому місці?

62. Чи буває так, що перед сном Ви в доброму настрої, а наступного дня, після сну, – у пригніченому на декілька годин стані?

63. Чи легко Ви звикаєте до нових ситуацій?

64. Чи бувають у Вас головні болі?

65. Ви часто смієтесь?

66. Чи можете Ви бути ввічливим навіть з тим, кого Ви насправді не цінуєте, не любите, не поважаєте?

67. Ви рухлива людина?

68. Ви дуже переживаєте через несправедливість?

69. Ви настільки любите природу, що можете називати її другом?

70. Виходячи з дому або лягаючи спати, Ви перевіряєте, чи вимкнули газ, світло, зачинили двері?

71. Ви дуже боязливі?

72. Чи змінюється Ваш настрій під впливом алкоголю?

73. У молодості Ви із задоволенням брали участь у художній самодіяльності?

74. Ви оцінюєте життя дещо песимістично, без передчуття радощів?

75. Чи часто Вам хочеться подорожувати?

76. Чи може Ваш настрій змінитися так різко, що зі стану радощів раптово перейде на похмурий та пригнічений?

77. Чи легко Вам удається підняти настрій друзям?

78. Чи довго Ви переживаєте образу?

79. Чи довго Ви переживаєте горе інших людей?

80. Чи часто, будучи школярем, Ви переписували сторінку в зошиті, якщо випадково ставили в ній пляму?

81. Чи ставитеся Ви до людей скоріше з недовірою й обережністю, ніж із добротою?

82. Чи часто Ви бачите жахливі сни?

83. Чи буває так, що Ви остерігаєтесь того, що кинетесь під поїзд або, коли стоїте біля вікна багатоповерхового будинку, раптово випадете із вікна?

84. У веселій компанії Ви зазвичай веселі?

85. Здатні Ви відволікатися від важких проблем, які потребують вирішень?

86. Ви стаєте менш стриманим і відчуваєте себе вільніше, коли вживаєте алкоголь?

87. У бесіді Ви скупі на слова?

88. Якби Вам необхідно було грати на сцені, Ви змогли б так увійти в роль, щоб забути, що це тільки гра?

Ключ до методики Леонгарда–Шмишека

Коли підраховуємо бали за кожною шкалою опитувальника, для стандартизації результатів значення кожної шкали множимо на визначене число. Це вказано в “ключі” до методики. Акцентовані особи не є патологічними. Вони характеризуються проявом та виділенням яскравих рис характеру.

1. *Гіпертимні* $\times 3$ (помножити значення шкали на 3):

(+) 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77; (-) немає.

2. *Застрагаючі* $\times 2$:

(+) 2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81; (-) 12, 46, 59.

3. *Емотивні* $\times 3$:

(+) 3, 13, 35, 47, 57, 69, 79; (-) 25.

4. *Педантичні* $\times 2$:

(+) 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83; (-) 36.

5. *Тривожні* $\times 3$:

(+) 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82; (-) 5.

6. *Циклотимічні* $\times 3$:

(+) 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84; (-) немає.

7. *Демонстративні* $\times 2$:

(+) 7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88; (-) 51.

8. *Неврівноважені* $\times 3$:

(+) 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86; (-) немає.

9. *Дистимічні* $\times 3$: (+) 9, 21, 43, 75, 87; (-) 31, 53, 65

10. *Екзальтовані* $\times 6$: (+) 10, 32, 54, 76; (-).

10.19. Тест акцентуації характеру [24]

Ми розглядаємо риси характеру в рамках звичайного малюнка особистості й виділяємо 13 типів акцентуації, тобто яскраво вира-

жених характерів-психотипів, які описали у роботі вінницькі колеги І. А. Слободянюк, О. О. Холодова, О. І. Олексенко.

Інструкція до тесту

Зробіть табличку (див. бланк для відповідей). У клітинки (1–104) записуйте свої відповіді зліва направо ряд за рядом. Відповідаючи на твердження тесту, оцінюйте ступінь своєї згоди або незгоди такими балами:

+2 – *цілком правильно, я звичайно так і роблю;*

+1 – *правильно, але бувають відчутні винятки;*

0 – *важко сказати;*

-1 – *неправильно, але іноді бувають такі ситуації;*

-2 – *зовсім неправильно, це невластиве моєму звичайному життю.*

Намагайтеся не відповідати “Важко сказати”, віддайте перевагу одній із решти чотирьох відповідей, співвіднівши її зі своїми звичками, бажаннями, вчинками. Причому будь-яке з наведених у тесті тверджень потрібно оцінювати, виходячи з принципу “як правило” і зі звичного для вас способу життя. Адже ми всі час від часу буваємо то веселими, то роздратованими.

Бланк для відповідей

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91
92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
---	----	-----	----	---	----	-----	------	----	---	----	-----	------

Прізвище, ім'я _____

Дата _____

Якщо в тестованих виникають запитання щодо змісту тверджень тесту, дослідникові потрібно пояснити незрозумілі слова чи смисл усього твердження.

Час для проведення тесту разом із поясненням інструкції – приблизно 35–40 хв.

Текст тесту

1. Я ніколи не довіряю незнайомим людям і не раз переконувався, що маю в цьому рацію.

2. Мені не раз доводилося переконуватися, що дружать із вигоди.

3. Я завжди почуваю себе бадьорим і повним сил. Як правило, настрій у мене добрий.

4. Моє самопочуття дуже залежить від того, як ставляться до мене люди.

5. Мій настрій поліпшується, коли мене залишають самого.

6. Я не можу спокійно спати, якщо вранці треба піднятися у певний час, я надто поміркований, постійно тривожуся й непокоюся про все.

7. Найменші неприємності прикро вражають мене; після засмучення і занепокоєння виникає погане самопочуття.

8. У мене поганий і неспокійний сон, часто бувають болісно-тужливі сновидіння; ранок для мене – найтяжча пора доби.

9. Мій настрій звичайно такий же, як і в людей довкола.

10. За друзями, із якими довелося розлучитися, я довго не сумую і швидко знаходжу нових.

11. Я погано сплю вночі й відчуваю сонливість удень, часто буваю роздратованим.

12. Мій настрій легко змінюється без поважних причин.

13. Тижні доброго самопочуття чергуються в мене з тижнями, коли я почуваюся погано.

14. Я вважаю, що в людини мусить бути велика і серйозна мета, заради якої варто жити.

15. У мене трапляються приступи поганого самопочуття з роздратованістю і почуттям нудьги.

16. Я сплю мало, але вранці встаю бадьорим та енергійним.

17. Мій настрій дуже залежить від товариства, у якому я перебуваю.

18. Ніколи не дотримуюся загальної моди, а ношу те, що мені самому сподобалося.

19. Погане самопочуття виникає в мене внаслідок хвилювання й очікування неприємностей.

20. Часто я соромлюся їсти при сторонніх людях, я надмірно чутливий.

21. Завжди боюся, що мені не вистачить грошей, і дуже не люблю брати в борг.

22. Я вважаю, що самому не варто виділятися серед інших людей.

23. Я легко знайомлюся.

24. Про свій одяг я думаю мало.

25. У якісь дні я прокидаюся веселим і життєрадісним, в інші – без усякої причини із самого ранку пригнічений і сумний.

26. Іноколи в мене вовчий апетит, іноколи нічого не хочеться їсти.

27. Життя навчило мене не бути надто відвертим навіть із друзями.

28. Сон у мене дуже міцний, але іноді бувають жахливі, кошмарні сновидіння.

29. Я люблю ласощі й делікатеси та ненавиджу заздалегідь розраховувати свої витрати.

30. Мій сон багатий на яскраві сновидіння.

31. Я не можу знайти собі друга до душі й страждаю від того, що мене не розуміють, прагну триматися далі від інших людей.

32. У мене настрій псується від очікування можливих неприємностей, від непевності в собі, від турботи про близьких.

33. Якщо в мене щось позичили, я соромлюся про це нагадати.

34. Мені здається, що інші люди мене зневажають, дивляться на мене з погордою.

35. Перш ніж познайомитись, я завжди хочу дізнатися, що це за людина, що про неї кажуть інші.

36. Я прагну бути з людьми, важко переносю самотність.

37. У майбутньому мене найбільш турбує моє здоров'я; дорікаю батькам, що в дитинстві вони приділяли мало уваги моєму здоров'ю.
38. Я люблю вдягнутися так, щоб личило мені.
39. Інколи я люблю великі товариські компанії, інколи уникаю їх і шукаю самотності.
40. Я не буваю зажуреним і сумним, але можу бути розлюченим та гнівним.
41. Зради я ніколи не пробачив би.
42. Я легко сходжуся з людьми за будь-яких обставин, охоче знайомлюся, люблю мати багато друзів і тепло ставлюся до них.
43. Я люблю яскравий одяг, що впадає у вічі.
44. Я люблю самотність, свої невдачі я переживаю сам.
45. Я багато разів зважую всі “за” і “проти”, але все ж не відважуюся ризикнути; можу випереджати інших у міркуваннях, але не в діях.
46. Моя сором'язливість заважає мені познайомитися з тим, з ким хотілося б.
47. Я уникаю нових знайомств, мені не вистачає рішучості у всьому.
48. Намагаюся жити так, щоб інші не могли сказати про мене нічого поганого.
49. Не люблю багато роздумувати про своє майбутнє, тим більше – наперед розраховувати свої витрати.
50. Я відчуваюся таким хворим, що мені не до друзів.
51. Інколи до грошей я ставлюся легко, витрачаю їх, не задумуючись; інколи все боюся залишитися без грошей.
52. Інколи мені добре з людьми, інколи вони набридають мені.
53. Мене приваблює лише те нове, що відповідає моїм принципам та інтересам.
54. Для мене головне, щоб одяг був зручним, охайним і чистим.
55. Я переконаний, що в майбутньому здійсняться мої бажання і плани.
56. Я віддаю перевагу тим друзям, які дуже уважні до мене.
57. Я люблю придумувати нове, все переінакшувати й робити по-своєму, не так, як усі.
58. Мене часто непокоїть, що мій костюм не в порядку.
59. Я боюся самотності, проте часто виходить так, що я опиняюся на самоті.
60. Самотнім я відчуваю себе спокійніше.

61. Я вважаю, що жодна людина не повинна відриватися від колективу.

62. Полюблюю різноманітність і зміни в житті.

63. Товариство людей мене швидко втомлює і дратує.

64. Періоди, коли я не дуже стежу за тим, щоб дотримуватися всіх правил, чергуються з періодами, коли я дорікаю собі за недисциплінованість.

65. Інколи я задоволений собою, інколи сварю себе за нерішучість і млявість.

66. Я не боюся самотності, свої невдачі переносю сам і ні в кого не шукаю співчуття й допомоги.

67. Я дуже акуратний у грошових справах, засмучуюсь і відчуваю прикрість, коли не вистачає грошей.

68. Я люблю зміни в житті – нові враження, нових людей, нове оточення.

69. Я не терплю самотності, завжди прагну бути серед людей; із боку інших найбільше ціную увагу до мене.

70. Я допускаю опіку над собою в повсякденному житті, але не над моїм душевним світом.

71. Я часто довго роздумую над тим, правильно чи ні я щось сказав або зробив стосовно інших.

72. Я часто побоююся, що мене помилково приймуть за порушника законів.

73. Майбутнє видається мені похмурим і безперспективним, невдачі гнітять мене і найперше я звинувачую самого себе.

74. Я намагаюся жити так, щоб майбутнє було гарним.

75. Під час невдач мені хочеться втекти кудись далеко й не повертатися.

76. Незнайомі люди мене дратують, до знайомих я вже якось звик.

77. Я легко сварюся, але швидко й мирюсь.

78. Періодами я люблю “задавати тон”, бути першим, але інколи це мені набридає.

79. Я певен, що в майбутньому доведу всім свою правоту.

80. Віддаю перевагу раз і назавжди встановленому порядку, мені подобається навчати людей правил і порядку.

81. Я люблю всякі пригоди, навіть небезпечні, охоче йду на ризик.

82. Пригоди й ризик приваблюють мене, якщо в них мені дістається перша роль.

83. Я люблю опікати тих, хто мені подобається.

84. На самоті я розмірковую чи розмовляю з уявним співбесідником, мимоволі думаю про можливі неприємності та біди, які можуть трапитися в майбутньому.

85. Нове мене приваблює, але водночас непокоїть і тривожить; невдачі доводять мене до відчаю.

86. Я боюся змін у житті, нова обстановка мене лякає.

87. Я охоче наслідую авторитетних людей.

88. Одним людям я підкоряюся, іншими керую сам.

89. Я охоче вислуховую ті поради, які стосуються мого здоров'я.

90. Трапляється, що зовсім незнайома людина відразу викликає в мені довіру й симпатію.

91. Інколи моє майбутнє видається мені світлим, інколи — похмурим.

92. Завжди є люди, які слухаються мене й визнають мій авторитет.

93. Якщо в моїх невдачах хтось винен, я не залишаю його безкарним.

94. Я вважаю, що для цікавої і привабливої справи всякі правила й закони можна обійти.

95. Я люблю бути першим, щоб мене наслідували, ішли за мною інші.

96. Я не прислухаюся до заперечень і критики, завжди думаю і роблю по-своєму.

97. Коли трапляється невдача, я завжди шукаю, що я зробив неправильно.

98. Маленьким я був уразливою і чутливою дитиною.

99. Мені не подобається керувати людьми, відповідальність мене лякає.

100. Вважаю, що нічим не відрізняюся від більшості людей.

101. Мені не вистачає посидючості й терпіння.

102. Нове мене приваблює, але часто швидко втомлює і набридає; мені не до пригод.

103. У гарні хвилини я задоволений собою, у хвилини поганого настрою мені здається, що бракує позитивних якостей.

104. Інколи я легко перенесу зміни у своєму житті й навіть люблю їх, але часом їх побоююся й уникаю.

Результати тестування розшифровуються таким чином:

1. Підраховується сума балів у кожній вертикальній колонці, наприклад сума балів, поставлених дитиною у клітинках під № 1, 14, 27, 40, 53, 66, 79, 92. Визначаючи суму, слід ураховувати знак “+” чи “-”. Сума балів кожної колонки перебуває в діапазоні від +16 (якщо всі вісім тверджень оцінено тестованим +2, тобто “цілком правильно”) до -16 (якщо всі твердження оцінено -2, тобто “зовсім неправильно”).

2. Розкодовується найменування зашифрованих у вертикальних колонках типів характеру:

- I (1, 14, 27, 40, 53, 66, 79, 92) – параноїк;
- II (2, 15, 28, 41, 54, 67, 80, 93) – епілептоїд;
- III (3, 16, 29, 42, 55, 68, 81, 94) – гіпертим;
- IV (4, 17, 30, 43, 56, 69, 82, 95) – істероїд;
- V (5, 18, 31, 44, 57, 70, 83, 96) – шизоїд;
- VI (6, 19, 32, 45, 58, 71, 84, 97) – психастеноїд;
- VII (7, 20, 33, 46, 59, 72, 85, 98) – сензитив;
- VIII (8, 21, 34, 47, 60, 73, 86, 99) – гіпотим;
- IX (9, 22, 35, 48, 61, 74, 87, 100) – конформний тип;
- X (10, 23, 36, 49, 62, 75, 88, 101) – нестійкий тип;
- XI (11, 24, 37, 50, 63, 76, 89, 102) – астенік;
- XII (12, 25, 38, 51, 64, 77, 90, 103) – лабільний тип;
- XIII (13, 26, 39, 52, 65, 78, 91, 104) – циклоїд.

3. Визначається ступінь вираженості кожного з психотипів за допомогою побудови графіка “Рисунок особистості”. Наведемо приклад побудови графіка на підставі розшифрування результатів тестування одного з підлітків.

Таблиця 10.19.1

Номер психотипу	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
Сума балів у кожній колонці	+6	+2	+15	+8	-5	-7	-10	-13	+10	+5	+1	+4	9

Якщо крива не виходить за межі точок +10 і -10 – це означає, що психотип перебуває в рамках звичайного рисунка особистості (ці точки прийняті спеціалістами за нормативні).

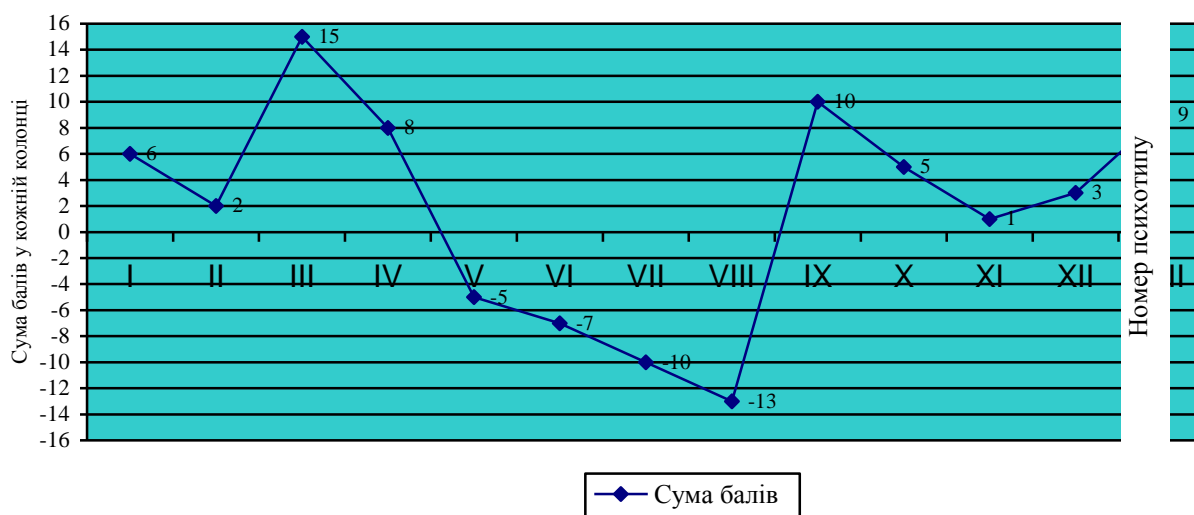


Рис. 10.19.1. *Графік “Рисунок особистості”*

Якщо крива виходить за межі точки +10, то це означає, що якийсь психотип у тестованого проявляється найяскравіше.

Якщо ж одна чи кілька точок розміщені за межами точки -10, то це означає, що в тестованого проявляється антитип, тобто риси, властиві людині з протилежним характером. У нашому випадку в підлітка найбільш яскраво проявляються риси гіпертима (точка +15, що відповідає психотипу III, розміщена вище 10 лінії) та антигіпотима (точка -13, яка відповідає психотипу VIII, міститься нижче -10 лінії).

Не слід забувати про те, що багато людей – неакцентовані особистості, тобто в них у рисунку особистості немає помітних “виступів”.

Звичайно у дітей виявляються риси двох-трьох психотипів.

Параноїк

Риси цього психотипу рідко виявляються в дитинстві, але звичайно такі діти зосереджені на чомусь одному, серйозні, заклопотані, про щось думають, прагнуть, щоб там не було, домогтися бажаного (саме цієї іграшки, саме цієї книжки і т. ін.).

Домінуюча риса характеру: високий ступінь цілеспрямованості.

Такий підліток підкорює своє життя досягненню певної мети (причому, досить великого масштабу), при цьому він здатен повністю зневажати інтереси інших людей (своїх батьків, однокласників тощо). Заради досягнення поставленої мети він ладен пожертвувати і своїм добробутом, відмовитися від розваг, комфорту та інших звичних для дітей радощів.

Привабливі риси характеру: висока енергійність, незалежність, самостійність, надійність у спільній роботі, якщо його цілі збігаються з цілями тих людей, із котрими він разом працює.

Відразливі риси характеру: агресивність, дратівливість, гнівливість, які проявляються тоді, коли хтось чи щось опиняється на шляху до досягнення поставленої мети; байужість до чужого горя, відсутність душевності в стосунках із людьми, авторитарність.

Уразливе місце цього психотипу: не переносить відсутності громадського визнання і схвалення його успіхів; надзвичайно честолобивий у чомусь значному, але не в дрібницях.

Основним завданням *допомоги* дітям паранояльного психотипу є створення ситуацій, які пом'якшували б прояви негативних особливостей характеру. Для цього найдоцільніше сформулювати значущу для параноїка мету і спрямувати всю його енергію на її досягнення. Це може бути велика справа не тільки для класу, а й для школи.

На початку бесіди з таким підлітком бажано підкреслити велике значення тієї справи, котрій він присвячує більшу частину свого часу, відзначити його досягнення, попросити сформулювати ті цілі, які він ставить перед собою на найближчу перспективу. Не варто іронізувати над його перспективами, можна змістовно обговорити можливості їх досягнення й ті плани, які він розробив для досягнення своїх цілей.

Під час спілкування і в повсякденному житті потрібні підвищена тактовність і ненав'язливий соціально-педагогічний контроль, доброзичлива довіра. Водночас паранояльним підліткам слід порадити бачити в однолітках, рідних, інших людях передусім індивідуальність кожного. Для цього є кілька психотехнічних вправ, які їм доцільно регулярно виконувати.

Епілентоїд

Ще в дошкільному віці у дітей, схильних до цього типу акцентуації, помітна недитяча бережливість до одягу, іграшок — усього свого; украй люта реакція на тих, хто пробує заволодіти ними, а з перших шкільних років виявляється дріб'язкова скрупульозність і підвищена охайність.

Домінуючі риси характеру: любов до порядку, прагнення підтримувати вже встановлений порядок, консервативність (не визнають того, що ще не прийнято іншими); високий енергетизм (школярі наповнені життєвою енергією, охоче займаються фізкультурою, бігають, голосно розмовляють, організовують усіх довкола себе; своєю активністю часто заважають іншим); агресивність (підлітки в екстремальних ситуаціях стають хоробрими,

навіть нерозсудливими, а в повсякденному житті в них проявляються гнівливість, уїдливість, лють, бувають періоди злостиво-тоскного настрою з пошуком об'єкта, на якому можна зігнати злість; такі діти злопам'ятні та мстиві).

Привабливі риси характеру: ретельність, охайність, справність, дбайливість (часто ці риси переростають у нормальний педантизм), надійність (завжди виконують обіцянки), пунктуальність (аби не запізнитися, епілептоїд заведе два будильники ще й попросить розбудити його), уважність до свого здоров'я (тому здоров'я, як правило, міцне).

Відразливі риси характеру: жорстокість, нечуйність, надмірна вимогливість, яка призводить до дратівливості через помічений непорядок, неакуратність в інших чи порушення кимось певних правил. Епілептоїд – єдина хороша людина для себе.

Вразливе місце цього психотипу – майже не переносить непокори собі та бурхливо повстає проти обмежування власних інтересів.

Основною метою допомоги цьому психотипові є усунення умов, які провокують слабкі сторони характеру. Але допомога часто ускладнюється тим, що дитина не сприймає порад та прохань. Тому так важливо встановити контакт, взаєморозуміння з цією дитиною. Ґрунтовність і послідовність, чуйність та тактовність – ось що вимагається від дорослого. Такий стиль спілкування дає змогу сформувати в підлітка соціально прийнятну модель поведінки.

Контакт з епіліптоїдним підлітком найдоцільніше встановлювати поза періодами афективного напруження, на початку бесіди, спонукаючи його “виговоритися” на одну з найцікавіших для нього тем, наприклад про те, що він колекціонує і чим його колекція відрізняється від інших.

Дуже важливо знайти такій дитині справу, яка відволікатиме її від негативних емоцій, зніматиме напруження. Цим підліткам можна і треба доручати керівництво невеликими групами, наприклад під час ділової гри чи спортивних змагань. Допомагає доброзичливе авансування його майбутніх успіхів, заохочення реальних досягнень, які сприяють самоствердженню підлітка.

Сімейні конфлікти в дітей епілептоїдного типу зазвичай важко корегуються. Зумовлено це, з одного боку, претензіями епілептоїда на роль господаря, котрого решта членів родини мусять поважати й догоджати йому (але це приймає не кожна сім'я, з іншого боку, – сам підліток не готовий поступитись іншим членам родини).

Гіпертим

Підлітки цього психотипу з дитинства відзначаються галасливістю, товариськістю, навіть сміливістю, схильні до пустощів. У них нема ні соромливості, ні боязкості перед незнайомими людьми, проте їм бракує почуття дистанції в стосунках із дорослими.

Домінуючі риси характеру: постійно піднесений настрій, екстравертованість, тобто зверненість до навколишнього світу, відкритість для спілкування з людьми, радість від цього спілкування, яка поєднується з добрим самопочуттям і прекрасним зовнішнім виглядом.

Привабливі риси характеру: енергійність, оптимізм, щедрість, прагнення допомогти людям, ініціативність, говірливість, життєрадісність, причому його настрій майже не залежить від того, що відбувається навколо. Але високий життєвий тонус, енергія, що б'є ключем, нестримна активність, жадоба діяльності поєднуються з тенденцією розпорошуватися і не доводити початої справи до кінця.

Відразливі риси характеру: поверховість, нездатність довго зосереджуватися на якійсь конкретній справі чи думці, постійна метушня (прагне зайнятися чимось цікавішим на даний момент), перескакування з однієї справи на іншу (може записатися відразу в декілька секцій, але нікуди довше 1–2 місяців не ходить), неорганізованість, панібратство, легковажність, готовність до безоглядного ризику, грубість (але без усякого зла), схильність до прожектерства й аморальних учинків (але незловмисно, одразу готовий покаятися).

Вразливе місце цього психотипу – не переносить одноманітної обстановки, монотонної праці, яка вимагає ретельності, кропіткої роботи; мучиться різким обмеженням спілкування; його пригнічує самотність або вимушена бездіяльність.

Основною метою *допомоги* цьому психотипові є створення таких умов, за яких виявляються ініціатива й енергія, підприємливість і лідерство, коли можливе вільне й цікаве спілкування. Це може бути важка, але цікава й різноманітна діяльність, спорт, спілкування з різними людьми та ін.

Підліткам гіпертимного психотипу не варто доручати кропіткої, одноманітної роботи, яка вимагає посидючості та обмежує їхні стосунки з людьми.

Установлення контакту з цими дітьми не є проблемою через їхню відкритість і готовність іти назустріч. Вони звичайно адекватно реагують на доброзичливе ставлення й щирий інтерес до їх справ та проблем.

У спілкуванні з ними треба уникати надмірної директивності, проявів безапеляційної влади, жорсткої вимогливості, інакше це може призвести до загострення реакції емансипації.

Оскільки гіпертими непосидючі й енергійні, бесіду краще проводити у жвавому темпі, довго не затримуючися на одній темі та частіше передаючи ініціативу в розмові самому підліткові (але не забувайте про дистанцію, котру гіпертим може легко порушити, перейти на панібратський стиль спілкування).

Протипоказаний дріб'язковий контроль, який може викликати бунт, аж до втечі з дому чи зі школи. Але неприпустимі також відсутність контролю, безнаглядність, а головне – незацікавленість його справами й захопленнями. Гіпертим дуже тонко відчуває, що старшим (педагогам, батькам) не до нього, що вони виконують свої обов'язки лише формально. Таке ставлення провокує асоціальну поведінку гіпертимів.

Завдання дорослих та батьків – підшукати для підлітка гіпертимного типу цікаву справу, захопити його якимось заняттям (спортивною секцією, туристичним клубом тощо).

Істероїд

Істероїда видно з раннього дитинства. Милий малюк у центрі кімнати в присутності великої кількості дорослих, незнайомих йому людей без тіні ніяковості декламує вірші, співає нехитрі пісеньки, демонструючи і свої таланти, і своє вбрання. Головне для підлітка в цей момент – захопленість ним іншими.

Коли всі гості сіли за святковий стіл і забули про нього, він неодмінно спробує ще і ще раз звернути на себе загальну увагу. В разі невдачі просто перекине на скатерку склянку чи розіб'є блюдо. Його починають сварити, він улаштовує істерику, але він домігся свого: знову загальна увага, хай і такою ціною.

Домінуючі риси характеру: демонстративність, тобто прагнення бути постійно в центрі уваги, причому іноді будь-якою ціною, безмежний егоцентризм, ненаситна жадоба постійної уваги до себе, захоплення, подиву, шанування, поклоніння.

Привабливі риси характеру: завзятість та ініціативність, комунікабельність і цілеспрямованість, кмітливість й активність, яскраво виражені організаторські здібності, самостійність і готовність узяти на себе керівництво, енергійність, хоча він швидко видихається після сплеску енергії.

Відразливі риси характеру: здатність до інтриг і демагогії, брехливість і лицемірство, задерикуватість і відчайдушність, необдуманий ризик (але лише в присутності глядачів), хвальба неіснуючими успіхами, врахування тільки власних бажань, надто завищена самооцінка, образливість, коли зачіпають його особисто.

Вразливе місце цього психотипу – нездатність переносити удари по егоцентризму, викриття його вигадок, а тим більше їх висміювання – це може призвести до гострих афективних реакцій, включаючи спроби суїциду.

Основна мета *допомоги* цьому психотипу – поступово подолати прагнення бути в центрі уваги інших.

Потрібно виробити в підлітка уявлення про “демонстративність” своєї поведінки як домінуючої риси характеру, а також уміння розпізнавати її в інших. Для цього потрібно, використовуючи недирективну взаємодію, поступово вчити підлітка осмислювати свої мотиви, шукати і шляхи раціонального задоволення своїх бажань. Сприяє цьому читання літератури або перегляд фільмів, де зображені персонажі з яскраво вираженою істероїдною поведінкою.

Подолання егоцентризму є найважчим завданням. Під час бесід дорослі та батьки повинні пробуджувати інтерес дитини до товаришів, рідних, близьких, до інших людей. Потрібно заохочувати розповіді про інших, про їхні успіхи та обдарування.

Ураховуючи підвищене самолюбство та егоцентризм таких підлітків, необхідно дати вихід їхнім егоцентричним устремлінням у соціально корисній діяльності з опорою на їхні справжні здібності (участь у проведенні вечорів тощо).

Шизоїд

Із перших шкільних років такі діти полюбляють гратися самі, мало тягнуться до однокласників, уникають шумних дитячих забав, віддаючи перевагу товариству старших дітей.

У підлітковому віці впадає у вічі їхня замкнутість і відгородженість у поєднанні з невмінням співпереживати.

Домінуючі риси характеру: інтровертованість, тобто фіксація інтересів на явищах свого внутрішнього світу, за котрими визнається вища цінність. Це яскраво виражений мислительний тип, який постійно осмислює навколишню дійсність. При цьому він самотійно створює схеми аналізу й намагається за їх допомогою пояснити існуючий світ.

Привабливі риси характеру: серйозність, неметушливість, небагатослівність, стійкість інтересів і постійність занять.

Це, як правило, талановиті, розумні й невибагливі школярі. Шизоїд дуже продуктивний, може довго трудитися над своїми ідеями, але не пробиває їх, не втілює в життя.

Відразливі риси характеру: замкнутість, холодність, безпристрасність.

Шизоїд слабоенергійний, малоактивний під час інтенсивної роботи – як фізичної, так і інтелектуальної. Емоційно холодний, майже не виражає емоцій: не сумує й не тішиться, не сердиться і не сміється. Він байдужий до чужої біди, може бути дуже жорстоким. Але його егоїзм не усвідомлений, він просто не помічає чужого горя. Водночас шизоїд може бути й сам дуже вразливим, оскільки самолюбивий. Не любить, коли критикують його систему.

Вразливе місце цього психотипу – не переносить ситуацій, у яких потрібно встановити неформальні емоційні контакти; не терпить утручання сторонніх людей у його внутрішній світ. Він в основному не помічає багато речей матеріального світу. Але все ж він потребує спілкування, яке мусить бути глибоко змістовним. Коло людей, із якими він спілкується, дуже обмежене, як правило, ці люди старші за нього. Для шизоїда характерна самодостатність у сфері взаємин, йому може вистачити спілкування із самим собою та однією людиною.

Установити контакт із цим типом підлітків із метою надання їм *допомоги* важко. Багато з них зовсім не терплять спроб “залізти в душу”. Тому, налагоджуючи контакт, слід уникати зайвої наполегливості, натиску. Це може сильно вразити дитину, тоді вона замкнеться і ще більше заглибиться у свій внутрішній світ.

На початку бесіди доцільно використати прийом “анонім – обговорення”, коли вибирається факт із життя класу, школи, міста, країни та обговорюється з дитиною, щоб з’ясувати й уточнити основні життєві позиції підлітка.

Головною ознакою встановлення контакту, подолання психологічного бар’єру, переходу до неформального, особистісного спілкування є той момент, коли шизоїд починає говорити сам, за власною ініціативою, висловлюючи певні судження, підкреслюючи свою точку зору на ту чи іншу проблему. Зупиняти його в цей момент не варто, оскільки, чим більше він говорить, чим більше розкриває свій внутрішній світ, тим легше спрямувати подальшу частину розмови в потрібне русло.

Організовуючи навчальний процес, потрібно враховувати глибокий інтерес до якоїсь науки та широкі знання дитини в цій галузі, створювати підліткові умови для реалізації знань. Ефективними є індивідуальні завдання з урахуванням сфери інтересів дитини, причому ці завдання можуть бути високого ступеня складності. Для розвитку комунікативних здібностей шизоїдів потрібно залучати до різних групових та колективних форм діяльності, наприклад до командних спортивних ігор.

Психастеноїд

У дитинстві поряд із деякою боязкістю і лякливістю в таких дітей проявляється схильність до розмірковувань та передчасні “інтелектуальні інтереси”. У ранньому ж віці виникають різні фобії – побоювання незнайомих людей, нових предметів, темряви, страх залишитися самому вдома або за зачиненими дверима і т. д.

Критичним періодом, коли психастенічні риси починають проявлятися з особливою силою, є початок навчання в школі. Це пов’язане з необхідністю відповідати за себе, а тим більше за інших, що є для психастеніка одним із найважчих завдань.

Домінуючі риси характеру: невпевненість і тривожна помисливість, побоювання за майбутнє своє та своїх близьких.

Привабливі риси характеру: охайність, серйозність, сумлінність, розважливість, самокритичність, рівний настрій, вірність даному слову, надійність.

Відразливі риси характеру: нерішучість, певний формалізм, безініціативність, схильність до нескінченних роздумувань, самокопання, наявність нав’язливих ідей, страхів. Причому страхи в основному стосуються можливої події, навіть маловірогідної в майбутньому, за принципом “як би чого не вийшло” (раптом мене чи моїх рідних покусав собака або я захворію чи одержу двійку тощо).

Тому психастеноїд так вірить у прикмети: уставати треба лише з правої ноги; він коли спіткнеться на ліву ногу, то обов’язково сплюне тричі через ліве плече і т. д., вважаючи такі “заходи” чи не панацеєю від усіх бід.

Іншою формою захисту від постійних страхів є свідомий формалізм і педантизм, які ґрунтуються на ідеї, що коли все ретельно продумати, передбачити, а потім діяти, ні на крок не відступаючи від плану, то нічого поганого не трапиться, все обійдеться.

Таким підліткам дуже важко прийняти будь-яке рішення, вони постійно сумніваються, чи всі обставини та можливі наслідки враховані. При цьому вони думають уже не про те, як домогтись успіху, а про те, як уникнути можливих невдач і неприємностей. Та коли рішення все-таки приймається, психастенік починає діяти негайно, тому що боїться самого себе (“раптом передумаю”).

Вразливе місце цього психотипу – страх відповідальності за себе й за інших.

Психологічна допомога цьому психотипові спрямована на подолання почуття нерішучості, іноді навіть меншовартості, закомплексованості. Потрібно допомогти підліткові звільнитися від безпідставних сумнівів і боязні, які дуже ускладнюють його життя.

Тому під час спілкування з цим психотипом не слід постійно апелювати до його почуття відповідальності, необхідно підтримувати кожен позитивний почин, у жодному разі не можна висміювати чи ігнорувати ініціативу такої дитини.

Під час установлення контакту спочатку підбадьорити підлітка, надати йому можливість згадати й розповісти про ті ситуації, у яких він зміг проявити себе досить рішучою людиною. Коли встановляться довірливі стосунки, можна обговорити й побоювання, які заважають йому приймати рішення. При цьому разом із ним детально розглянути можливі наслідки, наприклад, що може статися і чим це загрожуватиме самому підліткові чи його рідним.

Під час бесіди слід заохочувати рішучі висловлювання підлітка, його готовність самостійно приймати рішення та надалі діяти згідно з ними.

Сприятливими є ситуації спокійної, наперед регламентованої роботи, коли немає потреби самостійно приймати рішення.

Сензитив

Із ранніх літ дитина ляклива, боїться самотності, темряви, тварин, особливо собак. Уникає шумних та активних ровесників. Але вона досить комунікабельна з тими, до кого вже звикла, полюбляє гратися з малюками, почувається з ними впевнено й спокійно.

Дуже прихильний до рідних та близьких, це – “домашня дитина”: намагається менше виходити з дому, не полюбляє ходити в гості, тим більше, їздити далеко, наприклад до іншого міста, навіть коли там проживає рідна бабуся.

Домінуючі риси характеру: підвищена чутливість, уразливість, почуття власної неповноцінності. Сензитиви боязкі й соромливі, над-

то при сторонніх людях і в незвичній для них обстановці. У собі вони вбачають безліч недоліків, особливо в морально-етичній та вольовій сферах.

Привабливі риси характеру: доброта, спокійність, уважність до людей, почуття обов'язку, висока внутрішня дисциплінованість, відповідальність, самокритичність, підвищені вимоги до себе. Сензитив прагне подолати свої слабкі сторони.

Відразливі риси характеру: поміркованість, лякливість, замкнутість, схильність до “самоз’їдання” і самоприниження, розгубленість у важких ситуаціях, підвищена образливість і конфліктність на ґрунті завданих сензитиву образ.

Вразливе місце цього психотипу – не переносить насмішок або підозри інших у непорядних учинках, не терпить недоброзичливої уваги або публічних звинувачень.

Основною метою *допомоги* цьому психотипові є поступове підвищення самооцінки, подолання почуття власної меншовартості.

Сензитивні підлітки нелегкі для встановлення контакту, але природна потреба поділитися своїми потаємними переживаннями в них буває достатньо сильною. Тому з ними потрібно проводити багаторазові бесіди з детальним розбором й аналізом ситуацій, які допомагають підліткам усвідомити свою поміркованість і хибне почуття меншовартості.

Важливо створювати ситуації самоутвердження в тих сферах діяльності, де вони можуть виявити себе найповніше й природно.

Та разом із тим слід допомагати утверджуватися і в тих сферах, де підліток відчувається найслабшим. І в сім'ї, і в класі потрібно створювати ситуації, які стимулюють переконаність підлітка в тому, що він потрібен іншим.

У сім'ї під час спілкування з дітьми цього психотипу проти-показані надмірна опіка, дріб'язковий контроль за кожним їхнім кроком, за кожною хвилиною. Безперервні заборони, неможливість прийняти навіть простенькі рішення, тим більше насмішки з боку найближчих людей не дають їм змоги навчатися на власному досвіді, не привчають до самостійності.

Гіпотим

Маленькою така дитина майже завжди млява, живе без особливих радощів, ображена на всіх і передусім – на своїх батьків. На обличчі в неї – часто вираз невдоволення, образа через те, що не зробили так, як вона хотіла.

Домінуючі риси характеру: постійно поганий настрій, схильність до депресивних афектів. Настрій постійно змінюється, але ці зміни зі знаком “мінус”. Тому настрої практично завжди погані.

Привабливі риси характеру: сумлінність і гострий критичний погляд на світ. Прагне частіше бути вдома, створюючи затишок і тепло, тим самим уникає зайвого хвилювання.

Відразливі риси характеру: образливість, ранимість, постійна нудьга, схильність шукати в собі прояви різних хвороб, майже повна відсутність інтересів та захоплень.

Низька енергетичність виражається у швидкій утомлюваності, часто впадає в апатію, з'являються сумні думки, через це справді зазнає невдач, до цього звикає, скаржачись оточуючим на долю, на несправедливе ставлення до себе та ін.

Уразливе місце – відкрита незгода у сприйнятті дійсності.

Основною метою *допомоги* цьому психотипові є створення ситуацій успіху, усунення тиску й жорсткої критики, частих указівок на його помилки. У таких підлітків постійно поганий настрій, тому, установлюючи з ними контакт, слід хоч трохи покращити його, розповівши чи нагадавши якусь смішну історію, випадок. Потім доцільно звернути увагу на безпідставність образ стосовно інших людей.

Одним з основних завдань роботи з таким підлітком є переорієнтація його внутрішньої установки “Всі навколо погані, і я теж слабкий” на інше світовідчуття: “Хороших людей значно більше, і я теж хороший”.

У сім'ї до дитини-гіпотима потрібно ставитись обережно й тактовно, в жодному разі не ображаючись, а допомагаючи їм побачити світ радіснішим і чистішим.

Конформний тип

Цей тип характеру зустрічається дуже часто. Дитина згоджується з усім, що їй пропонує найближче оточення, але варто їй зазнати впливу іншої групи, як вона тут же змінює своє ставлення до тих самих речей на протилежне. Такий підліток ніби втрачає своє ставлення до світу, його судження й оцінки повністю збігаються з думкою тих людей, із якими він у даний момент спілкується. Причому він не виділяється, не нав'язує своєї особистої думки, а просто репрезентує “масу”, яка згодна з лідером.

Домінуючі риси характеру: постійна й надмірна пристосовність до свого безпосереднього оточення, майже цілковита залежність від малої групи (сім'ї, компанії), куди він на цей момент входить.

Життя йде за гаслом “Думати, як усі, робити, як усі, щоб усе було, як у всіх”. Це поширюється і на стиль одягу, і на манеру поведінки, на погляди з найголовніших проблем.

Такі підлітки прив'язуються до групи ровесників і беззастережно приймають систему її цінностей, якими б ці цінності не були, без критики. Тому їх найближче майбутнє багато в чому визначається характером і спрямованістю групи, до якої вони на цей момент входять.

Привабливі риси характеру: дружелюбність, ретельність, дисциплінованість, поступливість. У групі такі діти не є винуватцями конфліктів, оскільки приймають стиль життя групи без усякого критичного осмислення, ними зручно командувати.

Вони слухають розповіді товаришів про “подвиги”, погоджуються з тими пропозиціями, які надходять від лідерів, охоче беруть участь у “пригодах”, хоч потім можуть і розкаятися. Власної сміливості й рішучі щось запропонувати їм, як правило, бракує, проте, коли в групі модно бути “хоробрими”, вони можуть стати “хоробрими”.

Відразливі риси характеру: несамотійність, безвільність, майже цілковита відсутність критичності як щодо себе, так і щодо свого найближчого оточення, що може стати причиною аморальних учинків.

Та коли група, що є для підлітка важливою на цей момент, має позитивну спрямованість, то й він може досягти серйозних успіхів, наприклад, займаючись у якійсь секції.

Вразливе місце цього психотипу – не пересить різких змін, зламу життєвого стереотипу. Позбавлення звичного оточення може викликати реактивні стани.

Основною метою *допомоги* цьому психотипові є створення умов, за яких підліткові доводиться виявляти самотійність, стійкість у відстоюванні своїх позицій.

Так, під час дискусії в класі треба дати йому можливість висловлюватись одним із перших, щоб він зміг підкреслити свою точку зору. Коли ж підліток говоритиме останнім, то, найвірогідніше, що він повторить точку зору одного з лідерів своєї групи.

Причому кожен більш-менш серйозний випадок прояву самостійності треба помітити й заохотити.

Педагогові та батькам слід бути особливо уважними до соціального мікросередовища, оскільки, потрапивши до поганої компанії, підліток дуже швидко засвоює всі звички, норми, манери поведінки і стиль спілкування такої групи. Насильне відлучення від цієї компанії не дає позитивних результатів. Доцільніше залучити підлітка до мікрогрупи з позитивною спрямованістю.

Нестійкий тип

Із дитинства неслухняні, непосидючі, всюди скрізь лізуть, але при цьому боягузливі, бояться покарань, легко підкоряються іншим дітям. Такий тип акцентуації характеру часто формується в дітей, які перенесли травму мозку. Тому до них потрібен особливо тактовний підхід.

Домінуюча риса характеру: цілковита непостійність проявів. На відміну від конформного психотипу, нестійкий, залежить не від групи інших його людей, а від будь-якої людини, яка цієї хвилини була поруч із ним. Його ніщо не може втримати, він зазнає впливу цієї людини.

Привабливі риси характеру: товариськість, відвертість, послужливість, доброзичливість, швидкість переключення у справах і спілкуванні.

Часто зовні такі підлітки слухняні, готові щиро виконати прохання дорослих, але ця готовність швидко зникає, а через деякий час (іноді зовсім незначний період) вони або забувають про те, що обіцяли, або лінуються і придумують безліч причин, які пояснюють неможливість виконати обіцяне.

Відразливі риси характеру: безвільність, тяга до порожнього гаяння часу й розваг, балакучість, хвалькуватість, лицемірство, боягузтво, безвідповідальність.

Вразливе місце цього психотипу – безнаглядність, безконтрольність, які іноді призводять до серйозних наслідків.

Надання *допомоги* цьому психотипові вимагає від дорослих та батьків великого терпіння, такту, систематичності й наполегливості. Таких підлітків не можна залишати без постійної уваги. Вони мають завжди бути під ненав'язливим наглядом.

На них позитивно впливає добре організована фізична праця, оскільки вона дисциплінує їх і якоюсь мірою емоційно розряджає.

Здійснюючи виховання, доцільно узгоджувати зусилля педагогів та сім'ї. Тільки за умови постійної і злагодженої взаємодії можна одержати позитивний результат. Коли ж між батьками та вчителями існують серйозні суперечності, це може загострити емоційну кризу підлітка.

Астенік

Із дитинства поганий сон, апетит, дитина часто капризує, плаче, всього боїться. Вона дуже чутлива до гучних звуків, яскравого світла, її швидко втомлює навіть невелика кількість людей, тому вона прагне усамітнення.

Домінуючі риси характеру: підвищена втомлюваність, дратівливість схильність до іпохондрії.

Привабливі риси характеру: охайність, дисциплінованість, скромність, поступливість, ретельність, дружелюбність, незлопам'ятність, здатність до розкаяння.

Відразливі риси характеру: примхливість, плаксивість, невпевненість у собі, млявість, забудькуватість.

Такі підлітки боязкі, соромливі, із дуже заниженою самооцінкою, коли необхідно, не можуть постояти за себе. Вони відчують велику тривогу внаслідок зміни зовнішніх обставин, зламу стереотипів, оскільки одним із механізмів психологічного захисту є звикання до одних і тих же речей та життєвого устрою.

Вразливі місця цього психотипу – раптові афективні спалахи через сильну втомлюваність, дратівливість.

Основною метою допомоги цьому психотипові є створення ситуацій, у яких підліток може виявити впевненість, твердість, сміливість, наприклад публічні виступи, виконання завдань, які вимагають певної сміливості. Але такі завдання повинні бути посильними для дитини.

Якщо астенік слабо встигає з якогось предмета, то педагог, батьки мають надавати йому дозовану допомогу в дуже тактовній, ненав'язливій формі. Найменші успіхи слід помічати, підтримувати й закріплювати. Іноді може бути виправданою і трохи завищеною оцінка з метою підвищення самовпевненості, зміни самооцінки.

Для школярів цього психотипу особливу роль відіграють продумані режим праці й відпочинку, розумне чергування навантажень, щоб діти не перевтомлювались. Афективні спалахи можливі за умови змагання, коли астенік починає розуміти, що він не в змозі стати

переможцем. Тому і в сім'ї, і в школі не варто створювати чи провокувати ситуації змагання, наприклад: “Хто з вас швидше виконає домашнє завдання, той довше гулятиме”.

Лабільний тип

У дитинстві звичайно не відрізняються від ровесників, але часто застуджуються, страждають ангінами, іншими інфекційними захворюваннями. Здатні впадати в похмурий настрій через несхвальне слово, непривітний погляд, поламану іграшку. Приємні слова, новий костюм або книжка, гарна новина можуть покращити настрій, надати розмові веселого тону, але тільки доти, поки чергова “неприємність” усе не зіпсує.

Домінуюча риса характеру: надзвичайна мінливість настрою (він змінюється надто часто й надмірно різко з нікчемних — непомітних іншим — причин). Від душевного стану на цей момент залежить практично все: і апетит, і сон, і загальне самопочуття, і бажання спілкуватися, і працездатність, і бажання вчитися тощо.

Привабливі риси характеру: комунікабельність, товариськість, добродушність, чуйність, прихильність і щирість (у періоди піднесеного настрою). Лабільний підліток відзначається глибокими почуттями, щирою прихильністю до тих, із ким він у гарних стосунках, кого він любить і про кого піклується. Причому ця прихильність зберігається, незважаючи на мінливість його настрою.

Відразливі риси характеру: дратівливість, запальність, забіякуватість, послаблений самоконтроль, схильність до конфліктів (у періоди пригніченого настрою). Під час простої розмови може спалахнути, набіжать сльози, готовий сказати щось зухвале, образливе.

Вразливе місце цього психотипу: емоційне відкидання з боку важливих людей, утрата близьких або розлука з тими, до кого відчуває глибоку прихильність.

Основною метою *допомоги* цьому психотипові є встановлення тісного, довірливого контакту, цілковитого взаєморозуміння. Це можливо, коли підліток бачить доброзичливе ставлення до себе, знаходить співчуття.

Бажаним є тісний емоційний контакт із повним розкриттям його переживань. Звичайно, у цього психотипу слідом за емоційним реагуванням настає душевне розслаблення, у такому стані він стає доступним для продуктивного контакту.

Особливу увагу потрібно приділити його взаєминам у класі, у родині. При цьому слід ураховувати, що для нього дуже важливі постійна емоційна підтримка, співпереживання інших.

Лабільний підліток легко виходить із пригніченого стану завдяки підбадьорюванню, розраді й появі приємної перспективи (хай і не завжди реальної).

Циклоїд

У дитинстві мало чим відрізняється від ровесників, але іноді справляє враження гіпертима, тобто періодами може бути надзвичайно галасливим, пустотливим, постійно щось видумує, а потім знову стає спокійною і слухняною дитиною. З початку пубертатного періоду (статевої зрілості) виникають періодичні фази зміни настрою, тривалість яких може бути від кількох днів до тижня і більше.

Домінуючі риси характеру: зміна двох протилежних станів – гіпертимного, гіпотимного, циклічні зміни емоційного фону (періоди піднесеного настрою змінюються фазами емоційного спаду).

Привабливі риси характеру: ініціативність, життєрадісність, товариськість (із періодами піднесеного настрою, коли він схожий на гіпертима); задумливість, самокритичність (у періоди спаду настрою, коли він схожий на гіпотима).

Відразливі риси характеру: непослідовність, невірноваженість, байдужість, спалахи роздратованості, надмірної образливості й прискіпливості до інших. Під час спаду настрою важче і жити, і вчитися, і спілкуватися. Компанії починають дратувати, ризик і пригоди, розваги й контакти втрачають свою колишню принадність. Підліток стає на якийсь час “домувальником”.

Вразливе місце цього психотипу – емоційне неприйняття з боку важливих для нього людей і корінний злам життєвих стереотипів.

Основною метою *допомоги* цьому психотипові є попередження перенавантажень, особливо на стадії спаду. Для цього слід продумати кілька варіантів завдань і доручень та використовувати той варіант, який найбільше відповідає стану підлітка в цей момент. Добре допомагають доручення і завдання, які відволікають від негативних емоцій та станів, наприклад не дуже важка фізична робота в гарній компанії ровесників.

Під час установалення контакту з таким підлітком важливо правильно розуміти, що він зараз відчуває, як ставиться до себе й оточення в цей момент. Тільки після цього можна починати змістову частину бесіди. Якщо підліток перебуває у фазі спаду, то доцільніше

просто виявити до нього теплу психологічну підтримку, допомогти впоратися із занепадом сил, не варто намагатися вплинути на нього в цей період.

Якщо ж він перебуває в піднесенні, то можна і треба поговорити з ним про те, що йому слід робити, щоб розуміти свої особливості та більше контролювати себе.

10.20. Методика діагностики рівня шкільної тривожності Філіпса [19]

Вивчення рівня і характеру тривожності, пов'язаної зі школою, у дітей молодшого та середнього шкільного віку.

Тест складається із 58 запитань, які можуть зачитуватися школярам і пропонуватись у письмовому вигляді. На кожне запитання потрібно однозначно відповісти: "Так" чи "Ні".

Інструкція: "Діти, зараз Вам буде запропоновано опитувальник, який складається із запитань про те, як Ви себе почуваєте в школі. Намагайтеся відповідати щиро і правдиво, тут немає правильних чи неправильних, гарних чи поганих відповідей. Над запитаннями довго не роздумуйте.

На бланку для відповідей зверху запишіть своє ім'я, прізвище і клас. Відповідаючи на запитання, записуйте його номер і відповідь "+", якщо Ви згодні з ним, чи "-" якщо не згодні.

Текст опитувальника

1. Чи важко тобі триматися на одному рівні з усім класом?
2. Чи хвилюєшся ти, коли вчитель говорить, що збирається перевірити, наскільки ти знаєш матеріал?
3. Чи важко тобі працювати в класі так, як цього хоче вчитель?
4. Чи сниться тобі іноді, що вчитель розлючений через те, що ти не знаєш урок?
5. Чи бувало так, що хто-небудь із твого класу побив чи вдарив тебе?
6. Чи часто тобі хочеться, щоб учитель не поспішав, пояснюючи новий матеріал, поки ти не зрозумієш, що він говорить?
7. Чи сильно ти хвилюєшся під час відповіді чи виконання завдання?

8. Чи трапляється з тобою, що ти боїшся висловлюватися на уроці, тому що не хочеш зробити безглузду помилку?
9. Чи тремтять у тебе коліна, коли тебе викликають відповідати?
10. Чи часто твої однокласники насміхаються з тебе, коли ви граєте в різні ігри?
11. Чи трапляється так, що тобі ставлять нижчу оцінку, ніж ти очікував?
12. Чи тебе хвилює питання про те, чи не залишать тебе на другий рік?
13. Чи намагаєшся ти уникати ігор, у яких робиться вибір, тому що тебе, як правило, не вибирають.
14. Чи буває іноді, що ти весь тремтиш, коли тебе викликають відповідати?
15. Чи часто в тебе виникає відчуття, що ніхто з твоїх однокласників не хоче робити те, що хочеш робити ти?
16. Чи сильно ти хвилюєшся перед тим, як розпочати виконувати завдання?
17. Чи важко тобі отримувати такі оцінки, яких очікують від тебе батьки?
18. Чи боїшся ти іноді, що тобі стане погано в класі?
19. Чи будуть твої однокласники сміятися з тебе, якщо ти зробиш помилку під час відповіді?
20. Чи схожий ти на своїх однокласників?
21. Виконавши завдання, чи хвилюєшся у зв'язку з тим, як ти з ним справився?
22. Коли ти працюєш у класі, чи впевнений у тому, що все добре запам'ятаєш?
23. Чи сниться тобі іноді, що ти в школі й не можеш відповісти на запитання вчителя?
24. Чи правильно те, що більшість дітей ставиться до тебе по-дружньому?
25. Чи працюєш ти старанніше, якщо знаєш, що результати твоєї роботи будуть порівнюватися в класі з результатами твоїх однокласників?
26. Чи часто ти мрієш про те, щоб менше хвилюватися, коли тебе запитують?
27. Чи боїшся ти іноді вступати в суперечку?

28. Чи відчуваєш ти, що твоє серце починає сильно битися, коли вчитель говорить, що збирається перевірити твою готовність до уроку?

29. Коли ти отримуєш гарні оцінки, чи думає хто-небудь із твоїх друзів, що ти хочеш вислужитися?

30. Чи гарно ти себе відчуваєш з тими твоїми однокласниками, до яких діти ставляться з особливою увагою?

31. Чи трапляється, що деякі діти в класі говорять щось, що тебе зачіпає?

32. Як ти думаєш, чи втрачають прихильність ті з учнів, які не справляються з навчанням?

33. Чи правда те, що більшість твоїх однокласників не звертають на тебе уваги?

34. Чи часто ти боїшся виглядати недоречно?

35. Чи задоволений ти тим, як до тебе ставляться вчителі?

36. Чи допомагає твоя мама в організації вечорів, як інші мами твоїх однокласників?

37. Чи хвилювало тебе коли-небудь, що думають про тебе інші?

38. Чи сподіваєшся ти в майбутньому вчитися краще, ніж раніше?

39. Чи вважаєш ти, що одягаєшся у школу так само гарно, як і твої однокласники?

40. Чи часто ти замислюєшся, відповідаючи на уроці, що думають про тебе в цей час інші?

41. Чи володіють здібні учні якимись особливими правами, яких немає в інших дітей у класі?

42. Чи сердяться деякі з твоїх однокласників, коли тобі вдається бути кращим, ніж вони?

43. Чи задоволений ти тим, як до тебе ставляться однокласники?

44. Чи добре ти себе відчуваєш, коли залишаєшся один на один з учителем?

45. Чи висміюють іноді твої однокласники твою зовнішність і поведінку?

46. Чи думаєш ти, що хвилюєшся про свої дошкільні справи більше, ніж інші діти?

47. Якщо ти не можеш відповісти, коли тебе запитують, чи відчуваєш, що ось-ось розплачешся?

48. Коли ввечері лежиш у ліжку, чи думаєш ти іноді з хвилюванням про те, що буде завтра у школі?
49. Працюючи над важким завданням, чи відчуваєш ти іноді, що зовсім забув речі, які добре знав раніше?
50. Чи тремтить злегка твоя рука, коли ти працюєш над завданням?
51. Чи відчуваєш ти, що починаєш нервувати, коли вчитель говорить, що збирається дати класу завдання?
52. Чи лякає тебе перевірка твоїх знань у школі?
53. Коли вчитель говорить, що збирається дати класу завдання, чи відчуваєш ти страх, що не впораєшся з ним?
54. Чи снилося тобі іноді, що твої однокласники можуть зробити те, чого не можеш ти?
55. Коли вчитель пояснює матеріал, чи здається тобі, що твої однокласники розуміють його краще, ніж ти?
56. Чи хвилюєшся ти по дорозі в школу, що вчитель може дати класу роботу для перевірки знань?
57. Коли ти виконуєш завдання, чи відчуваєш зазвичай, що робиш це погано?
58. Чи тремтить злегка твоя рука, коли вчитель просить зробити завдання на дошці перед усім класом?

Обробка та інтерпретація результатів

Під час обробки результатів виділяють запитання, відповіді на які не збігаються з ключем тесту. Наприклад, на 58-ме запитання дитина відповіла “Так”, у той час як у ключі цьому запитанню відповідає “-”, тобто відповідь “Ні”. Відповіді, які не збігаються з ключем, – це прояв тривожності. Під час обробки підраховується:

1. Загальна кількість розбіжностей з усього тексту. Якщо вона більша 50 %, можна говорити про підвищену тривожність дитини, якщо – понад 75 % від загального числа запитань тесту – про високу тривожність.

2 Число збігів за кожним із восьми факторів тривожності, які виділяються в тексті. Рівень тривожності визначається так, як і в першому випадку. Аналізується загальний внутрішній емоційний стан школяра, який визначається наявністю тих чи інших тривожних синдромів (факторів) та їх кількістю.

Фактор	№ запитання
1. Загальна тривожність у школі	2, 3, 7, 12, 16, 21, 23, 26, 28, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58 $\Sigma = 22$
2. Переживання соціального стресу	5, 10, 15, 20, 24, 30, 33, 36, 39, 42, 44 $\Sigma = 11$
3. Фрустрація потреби в досягненні успіху	1, 3, 6, 11, 17, 19, 25, 29, 32, 35, 38, 41, 43 $\Sigma = 13$
4. Страх самовираження	27, 31, 34, 37, 40, 45 $\Sigma = 6$
5. Страх ситуації перевірки знань	2, 7, 12, 16, 21, 26 $\Sigma = 6$
6. Страх не відповідати очікуванням оточуючих	3, 8, 13, 17, 22 $\Sigma = 5$
7. Низький фізіологічний опір стресу	9, 14, 18, 23, 28 $\Sigma = 5$
8. Проблеми і страхи у взаєминах із учителями	2, 6, 11, 32, 35, 41, 44, 47 $\Sigma = 8$

Ключ до запитань

“+” – Так

“-” – Ні

1 -	19 -	37 -	55 -
2 -	20 +	38 +	56 -
3 -	21 -	39 +	57 -
4 -	22 +	40 -	58 -
5 -	23 -	41 +	
6 -	24 +	42 -	
7 -	25 +	43 +	
8 -	26 -	44 +	
9 -	27 -	45 -	
10 -	28 -	46 -	
11 +	29 -	47 -	
12 -	30 +	48 -	
13 -	31 -	49 -	
14 -	32 -	50 -	
15 -	33 -	51 -	
16 -	34 -	52 -	
17 -	35 +	53 -	
18 -	36 +	54 -	

Результати:

1. Число неспівпадінь знаків (“+” – Так, “-” – Ні) по кожному фактору (абсолютне число неспівпадінь у відсотках: $<50\%$; $\geq 50\%$; $\geq 75\%$) для кожного респондента.

2. Представлення цих даних у вигляді індивідуальних діаграм.

3. Число неспівпадінь з кожного виміру для всього класу: – абсолютне значення – $<50\%$; $\geq 50\%$; $\geq 75\%$.

4. Представлення цих даних у вигляді діаграми.

5. Кількість учнів, які мають неспівпадіння за визначеним фактором $\geq 50\%$ і $\geq 75\%$ (для всіх факторів).

6. Представлення порівняльних результатів при повторних вимірюваннях.

7. Повна інформація про кожного учня (за результатами тесту).

Змістовна характеристика кожного синдрому (фактору)

1. *Загальна тривожність у школі* – загальний емоційний стан дитини, пов’язаний із різноманітними формами її включення в життя школи.

2. *Переживання соціального стресу* – емоційний стан дитини, на фоні якого розвиваються її соціальні контакти (передусім із ровесниками).

3. *Фрустрація потреби в досягненні успіху* – несприятливий психічний фон, який не дає змоги дитині розвивати свої потреби в успіху, досягненні високого результату тощо.

4. *Страх самовираження* – негативні емоційні переживання ситуацій, пов’язаних із необхідністю саморозкриття, представлення себе іншим, демонстрація своїх можливостей.

5. *Страх ситуації перевірки знань* – негативне ставлення і переживання тривоги в ситуаціях перевірки (особливо – публічної) знань, досягнень, можливостей.

6. *Страх не відповідати очікуванням інших* – орієнтація на значимість інших в оцінюванні своїх результатів, учинків і думок, тривога з приводу оцінок, які даються іншим, очікування негативних оцінок.

7. *Низький фізіологічний опір стресові* – особливості психофізіологічної організації, які знижують пристосованість дитини до ситуацій стресогенного характеру, підвищують імовірність неадекватного деструктивного реагування на тривожний фактор середовища.

8. *Проблеми і страхи у взаєминах з учителями* – загальний негативний емоційний фон відносин із дорослими в школі, який знижує успішність навчання дитини.

Бланк

+																		
-																		

10.21. Діагностика типів ставлення до хвороби [18]

Діагностика типів ставлення до хвороби, яка є необхідною для застосування диференційованих психотерапевтичних і реабілітаційних програм, може здійснюватися шляхом розпитування хворого, спостереження за його поведінкою, збором відомостей від рідних та близьких й ін. Особливо заслуговує на увагу спеціально розроблений діагностичний Ленінградський опитувальник Бехтеревського інституту (ЛОБІ).

За допомогою цієї методики можуть бути виявлені такі типи відносин: гармонійний, тривожний, іпохондричний, меланхолійний, апатичний, неврастенічний, obsесивно-фобічний, сенситивний, егоцентричний, ейфоричний, анозогнозичний, ергопатичний, паранояльний.

1. *Гармонійний (Г)*. Оцінка свого стану без схильності перебільшувати його важкість та без бачення всього в темних тонах, але і без недооцінки важкості хвороби. Прагнення у всьому активно сприяти успіху лікування. Небажання обтяжувати інших піклуванням про себе. У разі несприятливого прогнозу – переключення інтересів на ті сфери життя, які залишаються досяжними хворому: зосереджуються на уважності, піклуванні, інтересах та долі близьких, своєї справи.

2. *Тривожний (Т)*. Безперервний неспокій стосовно несприятливого перебігу протікання хвороби, можливих ускладнень, неефективності й навіть небезпечності лікування. Пошук нових способів лікування, жадоба додаткової інформації про хворобу, методи лікування, безперервний пошук “авторитетів”. На відміну від іпохондрії, більше цікавлять об’єктивні дані про хворобу (результат аналізів, висновки спеціалістів), ніж власні відчуття. Настрій тривожний, пригнічений.

3. *Іпохондричний (І)*. Зосередження на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Прагнення постійно розповідати про них іншим. На їх основі – перебільшення дійсних та вишукування неіснуючих хвороб і страждань. Перебільшення побічної дії ліків. Поєднання бажання лікуватися й невіри в успіх, вимог детального обстеження та боязні шкідливості й болючості процедур.

4. *Меланхолійний (М)*. Невіра в одужання, у можливість покращення, в ефект лікування. Активні депресивні висловлювання аж до суїцидальних думок. Песимістичний погляд на все довкола. Невіра в успіх лікування навіть за сприятливих об'єктивних даних.

5. *Апатичний (А)*. Повна байдужість до своєї долі, до висновку хвороби, до результатів лікування. Пасивне підкорення процедурам та лікуванню у разі наполегливого стимулювання зі сторони. Втрата інтересу до всього, що раніше хвилювало.

6. *Неврастенічний (Н)*. Поведінка за типом “подразнювальної слабкості”. Спалахи подразнення, особливо під час болей, неприємних відчуттів, під час невдач у лікуванні, несприятливих даних обстеження. Роздратування нерідко виливається на першу зустрічну людину й часто завершується сльозами. Нетерпимість, нездатність чекати полегшення. Згодом – розкаяння за нестриманість.

7. *Обсесивно-фобічний (О)*. Тривожність насамперед торкається не реальних, а маловірогідних ускладнень хвороби, невдач лікування, а також можливих (але малообґрунтованих) невдач у житті, роботі, сімейних ситуацій у зв'язку з хворобою. Уявні небезпеки хвилюють більше, ніж реальні. Захистом від тривоги стають забобони та ритуали.

8. *Сенситивний (С)*. Надмірне піклування про можливі неприємні враження, які може справити на інших хвороба. Побоювання, що люди стануть уникати, вважати неповноцінним, не довіряти, пліткувати про причину та природу хвороби. Страх стати тягарем для близьких через хворобу.

9. *Егоцентричний (Я)*. “Занурення в хворобу”. Виставлення напоказ близьким та іншим людям своїх страждань і переживань для повного заволодіння їхньою увагою. Постійне бажання показати своє особливе становище, винятковість щодо хвороби.

10. *Ейфорійний (Ф)*. Необґрунтовано підвищений настрій, нерідко наганий. Зневажливе легкодумне ставлення до хвороби та лікування. Надія на те, що “саме все пройде”. Бажання отримувати

від життя все, незважаючи на хворобу. Легкість порушень режиму, хоча ці порушення можуть несприятливо вплинути на перебіг хвороби.

11. *Анозогностичний (3)*. Активне відкидання думок про хворобу, про її можливі наслідки. Заперечення дійсного в проявах хвороби, приписування їх випадковим обставинам. Відмова від обстеження та лікування. Бажання “перебитися своїми засобами”.

12. *Ергопатичний (Р)*. “Відхід від хвороби в роботу”. Навіть при тяжкості хвороби та стражданнях прагнуть за будь-яку ціну продовжувати роботу. Працюють із ще більшим натхненням, ніж до хвороби; роботі віддають весь час; стараються лікуватися так, щоб це залишало можливість для продовження роботи.

13. *Паранояльний (77)*. Упевненість, що хвороба – результат чийогось злого задуму. Крайня підозрілість до ліків та процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення лікування або побічні дії ліків злому задуму лікарів і медичного персоналу. Звинувачення та вимагання покарань у зв’язку з цим.

Техніка дослідження та розкодування результатів. Хворому дається буклет із текстом опитувальника та реєстраційним листом. Пояснюється, що на кожну тему можна зробити від 1 до 3 виборів (не більше!) та номери зроблених виборів обвести кружечком. Якщо жодне з визначень не підходить, обводиться символ 0. Якщо хворий не бажає відповідати саме на цю тему, графа залишається не заповненою. Однак число нуликів та незаповнених граф у сумі не повинно бути більше трьох. Час заповнення реєстраційного бланка не обмежений. Але консультуватися з іншими не дозволяється. Розкодування зручно здійснювати з допомогою графіка (див. нижче), де по абсцисі позначено символи типів, а по ординаті відкладено хрестиками бали

10							
9							
8							X
7							X
6							X
5							X
4	X						X
3	X				X	X	X
2	X	X	X		X	X	X

1	X	X	X			X	X	X				X	
	Г	Т	И	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П

Графік розкодування результатів дослідження за допомогою ЛОБІ

Кожен буквенний символ у графі “Бали для розкодування” відповідає 1 балу на користь відповідного типу: Г – гармонійного, Т – тривожного і т. д. Два та більше символи за один вибір, наприклад ТН, ЗФ, означають, що по одному балові нараховується за кожен із цих типів. Подвоєні символи, наприклад ПП, РР, означають, що на користь цього типу нараховується по два бали. Після побудови графіка діагностика типу здійснюється відповідно до таких правил:

1. Діагностуватися можуть лише типи, стосовно яких набрано таке число балів, яке досягається або перевищує мінімальне діагностичне число для даного типу. Мінімальне діагностичне число для різних типів різне:

<u>Тип ставлення</u>	Г	Т	І	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
<u>Мінімальне</u>	7	4	3	3	3	3	4	3	3	5	5	6	3
<u>діагностичне число</u>													

2. Якщо мінімальне діагностичне число досягнуто або перевищено щодо кількох типів, діагностується 2–3 типи, де перевищення найбільш велике. Якщо ж цього зробити не вдається, то жоден тип не діагностується.

3. Гармонійний тип діагностується тільки тоді, коли, згідно з правилами 1 і 2, не діагностується другий тип. У поєднанні гармонійний тип не діагностується.

На наведеному вище графіку на користь ергопатичного типу (Р) набрано 8 балів, тобто мінімальне діагностичне число перевищує на 2 бали. На користь сенситивного типу набрано 3 бали, тобто мінімальне діагностичне число лише досягнуто. Стосовно всіх інших типів (Т, О, І, Н) мінімальне діагностичне число не досягнуто. Отже, діагностується змішаний тип – ергопатичний із рисами сенситивності.

Інструкція: “Перед Вами текст опитувальника із запропонованими виборами з 12 розділів. Вам потрібно вибрати з кожного розділу не більше трьох тверджень, які відображають Вашу думку. Якщо жодне з визначень не підходить Вам, візьміть останній вибір «0». Номери вибраних відповідей занесіть у нижчеподаний бланк.”

Самопочуття

1. Відтоді, як я захворів, у мене майже завжди погане самопочуття.
2. Я майже завжди почуваю себе бадьорим і повним сил.
3. Погане самопочуття я намагаюся перебороти.
4. Погане самопочуття я намагаюся не показувати іншим.
5. У мене майже завжди щось болить.
6. Погане самопочуття виникає в мене після засмучення.
7. Погане самопочуття виникає в мене від очікування неприємностей.
8. Я намагаюся терпляче переносити біль і фізичні страждання.
9. Моє самопочуття задовольняє мене.
10. Відтоді, як я захворів, у мене буває погане самопочуття з нападами роздратованості й почуттям пригнічення.
11. Моє самопочуття дуже залежить від того, як ставляться до мене інші.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

Настрій

1. Як правило, настрій у мене дуже хороший.
2. Через хворобу я часто буваю нетерплячим і роздратованим.
3. У мене настрій псується від очікування можливих неприємностей, переживання за близьких, невпевненості в майбутньому.
4. Я не дозволяю собі через хворобу піддаватися смутку.
5. Через хворобу у мене майже завжди поганий настрій.
6. Мій поганий настрій залежить від поганого самопочуття.
7. У мене переважно зовсім байдужий настрій.
8. У мене бувають напади роздратованості, під час яких перепадає іншим.
9. У мене не буває смутку, але може бути озлобленість і гнів.
10. Найменші неприємності дуже дратують мене.
11. Через хворобу у мене завжди тривожний настрій.
12. Мій настрій, як правило, такий самий, як в інших людей.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

Сон та пробудження

1. Прокинувшись, я зразу змушую себе встати.
2. Ранок для мене – найважчий час доби.
3. Якщо мене щось тривожить, я довго не можу заснути.
4. Я погано сплю вночі й почуваю сонливість удень.

5. Я сплю мало, але встаю бадьорим; сни бачу рідко.
6. Зранку я більш активний, і мені легше працювати, ніж увечері.
7. У мене поганий та неспокійний сон, часто бувають гнітючі сновидіння.
8. Безсоння у мене настає періодично без особливих причин.
9. Я не можу спокійно спати, якщо зранку потрібно встати в певний час.
10. Зранку я встаю бадьорим та енергійним.
11. Я прокидаюся з думкою про те, що сьогодні потрібно буде зробити.
12. Ночами в мене бувають напади страху.
13. Зранку я відчуваю повну байдужість до всього.
14. Я можу вільно регулювати свій сон.
15. Ночами мене особливо переслідують думки про мою хворобу.
16. Уві сні мені бачаться різні хвороби.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

Апетит і ставлення до їжі

1. Нерідко я соромлюсь їсти при сторонніх людях.
2. У мене хороший апетит.
3. У мене поганий апетит.
4. Я люблю ситно поїсти.
5. Я їм із задоволенням і не люблю обмежувати себе в їжі.
6. Мені легко можна зіпсувати апетит.
7. Я боюся зіпсованої їжі й завжди перевіряю її свіжість та доброякісність.
8. Їжа мене цікавить передусім як засіб підтримати здоров'я.
9. Я намагаюся притримуватися дієти, яку сам розробив.
10. Їжа не дає мені ніякого задоволення.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до хвороби

1. Моя хвороба мене лякає.
2. Я так втомився від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде.
3. Намагаюся не думати про свою хворобу й жити безпроблемним життям.

4. Моя хвороба найбільше мене пригнічує тим, що люди почали сторонитися мене.

5. Постійно думаю про всі можливі ускладнення, пов'язані з хворобою.

6. Я думаю, що моя хвороба невиліковна й нічого доброго мене не чекає.

7. Вважаю, що моя хвороба задавлена через неуважність та невміння лікарів.

8. Вважаю, що небезпечність моєї хвороби лікарі перебільшують.

9. Намагаюся перебороти хворобу, працювати, як і раніше, і навіть ще більше.

10. Я відчуваю, що моя хвороба набагато важча, ніж це можуть визначити лікарі.

11. Я здоровий, і хвороби мене не турбують.

12. Моя хвороба протікає досить незвично – не так, як в інших, і тому потребує особливої уваги.

13. Моя хвороба мене дратує, робить нетерпимим, запальним.

14. Я знаю, за чиєї вини захворів і не пробачу цього ніколи.

15. Я всіма силами намагаюся не піддаватися хворобі.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до лікування

1. Уникаю будь-якого лікування, маючи надію, що організм сам переборе хворобу, якщо про неї менше думати.

2. Мене лякають труднощі та небезпека, пов'язані з призначеним лікуванням.

3. Я був би готовий на найважче чи навіть небезпечне лікування, тільки б позбавитися хвороби.

4. Я не вірю в успіх лікування і вважаю його марним.

5. Я шукаю нові способи лікування, але, на жаль, у всіх постійно розчаровуюсь.

6. Вважаю, що мені призначають багато непотрібних ліків, процедур, мене вмовляють на нікчемну операцію.

7. Будь-які нові ліки, процедури та операції викликають у мене безкінечні думки про ускладнення та небезпечність, із ними пов'язані.

8. Від лікування мені стає тільки гірше.

9. Ліки та процедури нерідко так незвично діють на мене, що це дивує лікарів.

10. Вважаю, що серед застосованих способів лікування є настільки шкідливі, що їх варто було б заборонити.

11. Вважаю, що мене лікують неправильно.

12. Я жодного лікування не потребую.

13. Мені набридло безкінечне лікування, хочу лише, щоб мене залишили в спокої.

14. Я уникаю говорити про лікування з іншими людьми.

15. Мене дратує й озлоблює, коли лікування не дає покращення.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до лікарів та медперсоналу

1. Найголовнішим у кожному медичному працівникові я вважаю увагу до хворого.

2. Я хотів би лікуватись у відомого лікаря.

3. Вважаю, що захворів, найімовірніше, з вини лікарів.

4. Мені здається, що лікарі мало розуміють у моїй хворобі й тільки роблять вигляд, що лікують.

5. Мені все одно, хто і як мене лікує.

6. Я часто переживаю, що не сказав лікарю щось важливе, що може вплинути на успіх лікування.

7. Лікарі та медперсонал часто викликають у мене неприязнь.

8. Я звертаюся то до одного, то до іншого лікаря, тому що не впевнений в успіхові лікування.

9. Із великою повагою я ставлюся до професії медичного працівника.

10. Я не раз переконувався, що лікарі та медперсонал неухважні й несумлінно виконують свої обов'язки.

11. Я буваю нетерпимим і дратівливим із лікарями і персоналом, а потім шкодую про це.

12. Я здоровий і допомоги лікарів не потребую.

13. Вважаю, що лікарі та медперсонал на мене марно витрачають час.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до рідних та близьких

1. Я настільки обтяжений думками про мою хворобу, що справи близьких мене перестали хвилювати.

2. Рідним та близьким намагаюся не показувати, який я хворий, щоб не пригнічувати їх.

3. Близькі марно хочуть зробити з мене важкохворого.

4. Мене охоплюють думки, що через мою хворобу моїх близьких чекають труднощі та негаразди.

5. Мої рідні не хочуть зрозуміти важкості моєї хвороби й не співчують моїм стражданням.

6. Близькі не зважають на мою хворобу і хочуть жити у своє задоволення.

7. Я соромлюся своєї хвороби навіть перед близькими.

8. Через хворобу втратився будь-який інтерес до справ та хвилювань близьких і рідних.

9. Через хвороби я став тягарем для близьких.

10. Здоровий вигляд та безтурботне життя близьких викликає в мене неприязнь.

11. Я вважаю, що захворів через моїх рідних.

12. Я намагаюсь якнайменше давати привід для незручностей моїм близьким через мою хворобу.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до роботи (навчання)

1. Хвороба робить мене непридатним працівником (не здатним навчатися).

2. Боюся, що через хворобу я позбавлюся хорошої роботи (доведеться піти з хорошого навчального закладу).

3. Моя робота (навчання) стала (стало) для мене зовсім байдужою (байдужим).

4. Через хворобу мені стало не до роботи (не до навчання).

5. Постійно хвилююся, що через хворобу можу допустити помилку на роботі (не справитись із навчанням).

6. Вважаю, що моя хвороба виникла через те, що робота (навчання) завдала шкоди моєму здоров'ю.

7. На роботі (за місцем навчання) зовсім не зважають на мою хворобу і навіть прискіпуються до мене.

8. Не вважаю, що хвороба може зашкодити моїй роботі (навчанню).

9. Я намагаюся, щоб на роботі (за місцем навчання) якнайменше знали й говорили про мою хворобу.

10. Я думаю, що, незважаючи на хворобу, потрібно продовжувати роботу (навчання).

11. Хвороба зробила мене на роботі (в навчанні) непосидючим та нетерплячим.

12. На роботі (навчанні) я прагну забути про свою хворобу.

13. Усі дивуються і захоплюються тим, що я успішно працюю (навчаюся), незважаючи на хворобу.

14. Моє здоров'я не заважає мені працювати (навчатися) там, де я хочу.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до оточуючих

1. Мені тепер все одно, хто мене оточує і хто біля мене.

2. Мені тільки хочеться, щоб інші люди залишили мене в спокої.

3. Коли я захворів, то всі про мене забули.

4. Здоровий вигляд та життєрадісність інших викликають у мене дратівливість.

5. Я намагаюся, щоб інші люди не помічали моєї хвороби.

6. Моє здоров'я не заважає мені спілкуватися з іншими стільки, скільки мені хочеться.

7. Мені хотілося б, щоб інші пізнали на собі, як важко хворіти.

8. Мені здається, що інші стороняться мене через мою хворобу.

9. Інші люди не розуміють моєї хвороби та моїх страждань.

10. Моя хвороба і те, як я її переносю, дивують та вражають інших.

11. З іншими я намагаюся не говорити про мою хворобу.

12. Моє оточення довело мене до хвороби – і я цього не пробачу.

13. Серед інших я тепер бачу, як багато людей страждають від хвороб.

14. Спілкування з людьми мені тепер стало швидко набридати й навіть дратувати мене.

15. Моя хвороба не заважає мені мати друзів.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до самотності

1. Надаю перевагу самотності, тому що мені одному стає легше.

2. Я відчуваю, що через хворобу приречений до повної самотності.

3. На самоті я намагаюся знайти якусь цікаву та важливу роботу.

4. На самоті в мене з'являються нерадісні думки про хворобу, ускладнення, можливі страждання.

5. Часто залишаюся наодинці, я швидше заспокоююся: люди мене почали сильно дратувати.

6. Соромлячись хвороби, я намагаюся усамітнитися від людей, а на самоті скучаю за ними.

7. Уникаю самотності, щоб не думати про свою хворобу.

8. Мені стало все одно: чи бути серед людей, чи залишатися самотнім.

9. Бажання побути на самоті залежить у мене від обставин та настрою.

10. Я боюся залишатися на самоті через небезпеку, пов'язану з хворобою.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

Ставлення до майбутнього

1. Хвороба робить моє майбутнє похмурым та сумним.

2. Моє здоров'я не дає поки що жодних підстав хвилюватися за майбутнє.

3. Я завжди надіюся на щасливе майбутнє, навіть у найсумніших ситуаціях.

4. Не вважаю, що хвороба може істотно відобразитися на моєму майбутньому.

5. Акуратним лікуванням та дотриманням режиму я сподіваюся досягти покращення здоров'я в майбутньому.

6. Своє майбутнє я цілком пов'язую з успіхом у моїй роботі (навчанні).

7. Мені стало байдуже, що буде зі мною в майбутньому.

8. Через мою хворобу я в постійній тривозі за своє майбутнє.

9. Я впевнений, що в майбутньому викриються помилки та халатність тих, через кого я захворів.

10. Коли я думаю про своє майбутнє, мене охоплюють смуток та дратівливість на інших людей.

11. Через хвороби я дуже тривожуся за своє майбутнє.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

Реєстраційний бланк

П.

I.

П.

Вік _____ Стать _____

Самопочуття 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 0

Настрій 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 0

Сон та пробудження 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 0

Апетит і ставлення до їжі 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0

Ставлення до хвороби 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

Ставлення до лікування 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

Ставлення до лікарів і медперсоналу 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

Ставлення до рідних та близьких 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 0

Ставлення до роботи (навчання) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

0

Ставлення до оточуючих 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

Ставлення до самотності 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0

Ставлення до майбутнього 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 0

Обробка: за кожен збіг вибраної відповіді з нормативної (нормативи подані нижче) нараховується один бал за тим чи іншим типом психічного реагування. Якщо в нормативному трафареті відмічено кілька типів на одну відповідь, то бали нараховуються за всіма ними.

Нормативний трафарет

<u>Самопочуття</u>	<u>Настрій</u>
1. Т	1. Ф
2. З	2. ННТЯ
3. Г	3. ООС
4. ПП	4. Г
5. І	5. ІЯ
6. Н	6. ТН
7. Т	7. А
8. –	8. –
9. –	9. –
10. ТН	10. П
11. –	11. ТТО
0. –	12. –
	0 –

<u>Сон та пробудження від сну</u>	<u>Апетит і ставлення до їжі</u>
1. –	1. С
2. –	2. ФП
3. ТНО	3. І
4. А	4. –
5. –	5. З
6. –	6. –
7. –	7. І
8. –	8. Р
9. –	9. І
10. –	10. –

11. СС	0. –
12. О	
13. –	
14. –	
15. О	
16. –	
0. –	

<u>Ставлення</u>	<u>Ставлення</u>
<u>до хвороби</u>	<u>до лікування</u>
1. Т	1. –
2. АА	2. –
3. ФФ	3. –
4. С	4. –
5. ОО	5. –
6. І	6. –
7. П	7. –
8. З	8. –
9. РР	9. –
10. І	10. П
11. З	11. П
12. ЯЯ	12. –
13. НН	13. –
14. П	14. Г
15. Г	15. –
0. –	0. ЗФР

<u>Ставлення до лікарів</u>	<u>Ставлення до рідних</u>
<u>та медперсоналу</u>	<u>та близьких</u>
Г	1. –
І	2. СР
П	3. –
–	4. –
–	5. І
–	6. –
–	7. Я
Я	8. –
Г	9. –

НП	10. –
–	11. –
–	12. ГРР
–	0. –

–

–

0. –

<u>Ставлення до роботи</u>	<u>Ставлення</u>
<u>навчання</u>	<u>до інших</u>

1. А	1 –
2. –	2. –
3. –	3. –
4. –	4. –
5. С	5. –
6. –	6. 33
7. О	7. –
8. Ф	8. –
9. Р	9. Я
10. РР	10. –
11. –	11. –
12. –	12. –
13. –	13. –
14. –	14. І
0. –	15. Г
	0. –

<u>Ставлення до майбутнього</u>	<u>Ставлення до самотності</u>
---------------------------------	--------------------------------

1. АА	1. АС
2. 3Ф	2. –
3. –	3. –
4. 33	4. –
5. ГТ	5. НЯ
6. –	6. –
7. А	7. –
8. ІСЯЯ	8. –
9. П	9. ГФ
10. –	10. СЯ
11. –	11. –
0. –	0. Ф

Інтерпретація: висновок про переважаючий тип психічного реагування на захворювання робиться на основі порівняння отриманих під час обробки даних досліджуваного за всіма типами реагування з мінімальними діагностичними числами. Діагностуються лише ті типи, які виявляються рівними чи переважаючими відповідно до мінімального діагностичного числа.

Тип ставлення	Г	Т	І	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
Мінімальне діагностичне число	7	4	3	3	3	3	4	3	3	5	5	6	3
Показники досліджуваного													

Позначення: Г – гармонійний, Т – тривожний, І – іпохондричний, М – меланхолійний, А – апатичний, Н – неврастенічний, О – obsесивно-фобічний, С – сензитивний, Я – егоцентричний, Ф – ейфорійний, З – анозогностичний, Р – ергопатичний, П – паранояльний.

Система ставлень, пов'язаних із хворобою, може не вкладатися в один з описаних типів. Тут може йтися про змішані типи, особливо близькі за картиною (тривожно-obsесивний, ейфорійно-анозогностичний, сенситивно-ергопатичний та ін.). Проте система стосунків може і не скластися в єдиний патерн, тоді жоден із перерахованих типів не може бути діагностований та риси багатьох чи всіх типів можуть бути виявлені більш-менш рівномірно.

Питання для самоконтролю

1. Практичні завдання психології здоров'я.
2. Вимоги до фахівця в галузі психології здоров'я.
3. Професійна підготовка майбутніх психологів до практичної діяльності в сучасній індустрії здоров'я.
4. Методики діагностики:
 - схильності до суїциду;
 - ставлення до хвороби;
 - типів акцентуацій характеру;
 - професійного стресу;

– особистісної зрілості.

Тема практичного заняття

Методики діагностики психології здоров'я особистості

Література:

1. Алешина Ю. Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю. Е. Алешина. – Изд. 2-е. – М. : Независимая фирма “Класс”, 2004. – 208 с.
2. Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья / В. А. Ананьев. – СПб.: Балтийская пед. акад., 1998. – С. 1–48.
3. Буленко Т. В. та ін. Діагностика особистості в практичній діяльності психолога: [наук.-метод. посіб.] / Т. В. Буленко, М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко. – Луцьк: РВВ “Вежа” Волин. держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 1996. – 331 с.
4. Бурлачук Л. Ф. и др. Основы психотерапии / Л. Ф. Бурлачук, И. А. Грабская, А. С. Кочарян. – СПб. : Ника-Центр, 2001. – 320 с.
5. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – СПб. : Питер Ком, 1999. – 528 с.
6. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія і практика / І. Галецька, Т. Сосновський. – Л.: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006. – 338 с.
7. Гингер С., Гингер А. Гештальт-терапия контакта / С. Гингер, А. Гингер; пер. с фр. Е.В. Просветиной. – СПб. : Специальная литература, 1999. – 287 с.
8. Елисеев О. П. Конструктивная типология и психодиагностика личности / О. П. Елисеев; под ред. В. А. Панферова. – Псков, 1994. – 280 с.
9. Ильин Е. П. Эмоции и чувства / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2001. – 752 с.
10. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2000. – С. 469 – 470.
11. Ильина Т. А. Психофизиология состояний человека / Т. А. Ильина. – Изд. 1-е. – СПб. : Питер, 2005. – 416 с.

12. Купреева О. И. Методика диагностики отношения к другому людей с инвалидностью / О. И. Купреева // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. пр. – К. : Ун-т “Україна”, 2004. – 448 с.
13. Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) / Д. А. Леонтьев. – 2 – е изд. – М. : Смысл, 2000. – 18 с.
14. Лісова О. С. Психологія суїцидальної поведінки / О. С. Лісова. – Чернівці : Рута, 2004. – 233 с.
15. Логинова Н. А. Психобиографический метод исследования и коррекции личности / Н. А. Логинова. – Алматы: Казак университети, 2001. – 176 с.
16. Максименко С. Д., Шевченко Н. Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим: [навч. посіб.] / С. Д. Максименко, Н. Ф. Шевченко. – К. : Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України; Ніжин : Міланік, 2007. – 115 с.
17. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Изд-во “Эксмо”, 2005. – 960 с. – (Справочник практического психолога). – С. 201 – 211.
18. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: [практическое руководство] / В. Д. Менделевич. – М. : МЕДпресс, 2001. – 592 с.
19. Мушкевич М. І. Клінічна психодіагностика: [метод. рек. для студ. спец. “Медична психологія”] / М. І. Мушкевич. – Луцьк : РВВ “Вежа” Волин. держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 2006. – 160 с.
20. Ольшанникова А. Е., Рабинович Л. А. Опыт исследования некоторых индивидуальных характеристик эмоциональности / А. Е. Ольшанникова, Л. А. Рабинович // Вопросы психологии. – 1974. – № 3. – С. 65 – 74.
21. Практикум по общей экспериментальной и прикладной психологии: [учеб. пособ.] / В. Д. Палин, В. К. Гайда, В. К. Гербалеvский; под ред. А. А. Крылова, С. П. Паничева. – СПб. : Питер, 2000. – 560 с.
22. Психология здоровья человека / Г. В. Ложкин, О. В. Носкова, И. В. Толкунова; под ред. В. И. Носкова. – Севастополь : Вебер, 2003. – 257 с.
23. Самооценочный тест-вопросник личностной зрелости / Под ред. Ю. З. Гильбуха. – К.: НПЦ, 1993. – 16 с.
24. Слободянюк І. А. та ін. Психолого-педагогічна допомога

дітям з акцентуаціями характеру / І. А. Слободянюк, О. О. Холодова, О. І. Олексенко. – Вінниця : Б в., 1996. – 52 с.

25. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.

26. Шевандрин Н. И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности / Н. И. Шевандрин. – М. : Владос, 1998. – 256 с.

27. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика / Д. Я. Райгородский. – Самара : Бахрах-М, 2007. – 672 с.

28. Хомская Е. Д. Нейропсихология / Е. Д. Хомская. – 4-е изд. – СПб. : Питер, 2005. – 496 с:

29. Hyer L., Davis H., Boudewyns P., Woods M. G. A short form of the Mississippi Scale for Combat-Related PTSD // Journal of Clinical Psychology.– 1991.– Vol. 47.– S. 510–518.

30. Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity // Journal of Consulting and Clinical Psychology.– 1988.– Vol. 56.– S. 85–90.

31. Taft C. T., King L. A., King D. W., Leskin G. A., Riggs D. S. Partners' ratings of combat veterans' PTSD symptomatology // Journal of Traumatic Stress.– 1999.– Vol. 12.– S. 327–334.

ВИСНОВКИ

Головний акцент психології здоров'я людини робиться не на факті виникнення того чи іншого захворювання, а на формуванні здорової психіки і підтримки її функціонування. На першому плані цієї відносно нової науки перебуває профілактика фізичного, психічного і соціального здоров'я, турбота про здоров'я в ім'я здорової особистості, а її сновне завдання – попередження причин, які породжують психічні захворювання.

Сучасна психологічна наука використовує різні визначення психології здоров'я людини і бачить у цьому понятті здатність реалізувати природний вроджений потенціал людського покликання, знаходження людиною своєї самості, реалізація “Я”, повноцінне і гармонійне включення у співтовариство людей. Представники різних напрямів психології приділяють велику увагу психічному здоров'ю особистості й розглядають здорову людину як гнучку, відкриту, а не таку, яка постійно використовує захисні реакції, незалежну від зовнішніх впливів, котра спирається на саму себе, повноцінно проживає кожен новий момент життя, рухлива, добре пристосовується до умов, що змінюються, терпляча до інших, емоційна і рефлексивна. Психологічно здорова людина також асоціюється зі зрілістю особистості, що проявляється в здатності до усвідомлення власних потреб, конструктивної поведінки, здорової адаптивності й уміння приймати відповідальність за саму себе.

Посібник базується на баченнях і теоріях здоров'я та здорового способу життя, кожне з яких доводить свою ефективність. Звичайно, посібник не вичерпав усієї тематики зарубіжних і вітчизняних досліджень у галузі психології здоров'я, але представлені теорії носять достатній інформативний характер. Підібрана система матеріалів розкриває ту область знань, яка передбачає спеціальну підготовку психологів для практичної роботи в галузі психології здоров'я.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Амосов М. М. Роздуми про здоров'я / М. М. Амосов. – К. : Здоров'я, 1990. – 258 с.
2. Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья: [учеб. пособ.] / В. А. Ананьев. – СПб. : Балтийская пед. акад., 1998. – 148 с.
3. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. Кн. 1. / В. А. Ананьев. – СПб. : Речь, 2006. – 384 с.
4. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: [учеб. пособ. для студ. высш. уч. заведений] / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. – М. : Академия, 2001. – 352 с.
5. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія і практика / І. Галецька, Т. Сосновський. – Л. : Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006. – 338 с.
6. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья / И. Н. Гурвич. – СПб. : Изд-во С.-Петербур. ун-та, 1999. – 1021 с.
7. Коцан І.Я., Ложкін Г.В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини: [за ред. І. Я. Коцана]. – Луцьк : РВВ “Вежа” Волин. нац. ун-ту імені Лесі Українки, 2009. – 316 с.
8. Лісова О. С. Психологія здоров'я: [навчально-методичний посібник] / О. С. Лісова. – Чернівці : Рута, 2001. – 201 с.
9. Психология здоровья человека / Г. В. Ложкин, О. В. Носкова, И. В. Толкунова; под ред. В. И. Носкова. – Севастополь : Вебер, 2003. – 257 с.
10. Психология здоровья: [учеб. для вузов] / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Питер, 2003. – 607 с.
11. Психология здоровья / Г. С. Никифоров, В. А. Ананьев, И. Н. Гуревич и др.; под ред. Г. С. Никифорова. – С Пб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2000. – 504 с.
12. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоровья: [хрестоматия] / Сост. К. В. Сельченко. – М. : АСТ; Мн. : Харвест, 2001. – 604 с.

Список додаткової літератури

1. Абрамова Г. С., Юдчиц Ю. А. Психология в медицине: [учеб. пособие] / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц. – М. : ЛПА «Кафедра-М», 1998. – 272 с.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина: Принципы и практ. применение / Ф. Александер; пер. с англ. С. Могилевского. – М. : ЭКСМО-пресс, 2002. – 350, [1] с. - Библиогр.: с. 333-349.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: [руководство для врачей] / Ю.А. Александровский. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 707 с.
4. Алекситимия и методы ее определения при пограничных и психосоматических расстройствах: [метод. пособие] / Психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева / Авт.-сост. Д.Б. Ерьсько и др. – СПб. : Психоневрол. ин-т, 1994. – 16 с.
5. Альбуханова-Славская К. А. Стратегия жизни: [текст] / К.А. Альбуханова-Славская. – М. : Мысль, 1991. – 299 с.
6. Амосов М. М. Роздуми про здоров'я / М. М. Амосов. – К. : Здоров'я, 1990. – 258 с.
7. Ананьев Б. Г. Психология и проблемы человекознания / В. А. Ананьев. – М. : Б. и., 1996. – 326 с.
8. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья / В. А. Ананьев. – СПб. : Речь, 2006. – 384 с.
9. Ананьев В.А. Психологическая характеристика тревоги у больных с предъязвенным состоянием и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. психолог. наук (19.00.04; 14.00.05) / В. А. Ананьев; Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. - Л. , 1988 - 26 с.
10. Ананьев В.А. Психология здоровья – как новая отрасль человекознания / В. А. Ананьев // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1998. – № 4. – С. 3 – 18.
11. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование / А. Анастаси, С. Урбина; пер. с англ. и общ. науч. ред. А.А. Алексеева. – 7. изд., междунар. – СПб. [и др.] : Питер, 2001. – 686 с: ил. – Библиогр.: с. 607 – 673.
12. Андреева А. Д. Психологическая поддержка в семье / Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И. В. Дубровиной.– 2-е изд.– Екатеринбург: Деловая кн., 2000.– С. 128–135.

13. Апанасенко Г. Л. Медицинская валеология.– К.: Выща шк., 1998.– 164 с.
14. Афсахов И.Ф. Отношение человека к здоровью / И.Ф. Афсахов // СОЦИС. – 1992. – №6. – С. 102 – 103.
15. Баевский Р.М. Проблемы здоровья и нормы: точка зрения физиолога / Р.М. Баевский // Клиническая медицина. – 2000. – № 4. – С. 59 – 64.
16. Балл Г. А. Психологическое содержание личностной свободы: сущность и составляющие // Психол. журн.– 1997.– Т. 18, № 5.– С. 7–18.
17. Балл Г. До визначення засад раціогуманістичного підходу в методології психологічної науки // Психологія і суспільство.– 2000.– № 2.– С. 74–90.
18. Бассин Ф.В. О так называемом психосоматическом подходе к проблеме развития и преодоления болезни / Ф.В. Бассин // Клиническая медицина.– 1970. – № 9. – С. 13 – 19.
19. Батов В.И. Психологический анализ детского рисунка на тему Чернобыльской трагедии / В.И. Батов // Вопросы психологии. – 1997. – №1. – С. 26 – 33.
20. Бахтин М. М. К философии поступка / М.М. Бахтин // Философия и социология науки и техники. Ежегодник 1984–1985.– М. : Наука, 1986. – С. 80 – 160.
21. Белов В.И. Психология здоровья / В.И. Белов. – М., СПб. : КСП: ТОО "РЕСПЕКС", 1994. – 271 с: ил.
22. Беркутов А.М. Моделирование здоровья как комплексного состояния процесса жизнедеятельности / А.М. Беркутов // Вестник новых медицинских технологий. – 1998. – Т.V., № 1, прилож. – С. 56 – 63.
23. Бехтерев В. Личность и условия ее развития и здоровья: [Речь, сказанная 4 сентября 1905 года в общем собрании 2-го съезда отечественных психиатров] // Дневник II-го съезда отечественных психиатров в Киеве; №2 – К., 1905. – 24с.
24. Бовина И.Б. Представление о здоровье и болезни в молодежной среде / И.Б. Бовина // Вопросы психологии. – 2005. – № 3. – С. 90 – 97.
25. Богучарова О. І. Внутрішня картина здоров'я як умова формування особистості (спроба проблематизації) / О. І. Богучарова //

36. наук. пр. Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка АПН України.– Т. IV.– Ч. 1.– 2002.– С. 11–20.

26. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: избр. психол. тр. / Л.И.Божович; под ред. Д. И. Фельдштейна. – М., Воронеж : Ин-т практ. психологии, 1995. – 348, [1] с. – Список трудов авт.

27. Болтівець С. І. Педагогічна психогігієна: теорія та методика: [монографія] / С. І. Болтівець. – К. : Редакція “Бюлетеня Вищої атестаційної комісії України”, 2000. – 302 с.

28. Болтівець С. І. Теоретико-методичні засади педагогічної психогігієни: Дис... д-ра психол. наук: 19.00.07 / С.І. Болтівець; Інститут психології ім. Г.С. Костюка. – К., 2004. – 446 арк. : рис. - Бібліогр.: арк. 429-446.

29. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика / А.Ф. Бондаренко. – К. : Укртехпрес, 1997. – 216 с.

30. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика / А.Ф. Бондаренко. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2000. – 368 с.

31. Боришевський М. Й. Духовність як основа громадської свідомості та самосвідомості особистості / М. Й. Боришевський // Психологія – школі: Зб. матеріалів Другого міжрегіонального наук.-практ. семінару. Рівне, 16–18 січ. 1997 р.– К., 1997.– С. 70–75.

32. Боришевський М. Й. Духовні цінності в становленні особистості-громадянина / М. Й. Боришевський // Педагогіка і психологія. – 1997. – № 1. – С. 144 – 150.

33. Боришевський М. Й. Развитие саморегуляции поведения школьников: Дисс. ... д-ра психол. наук: 19.00.07. / М. Й. Боришевський. – К., 1992. – 77 с.

34. Боуэн М. Духовность и личностно-центрированный подход / М. Боуэн // Вопросы психологии. – 1992. – № 3-4. – С. 24 – 33.

35. Братусь Б. С. К проблеме нравственного сознания в культуре уходящего века / Б. С. Братусь // Вопросы психологии. – 1993. – № 1. – С. 6 – 13.

36. Братусь Б. С. Психологическое и нравственное пространство нормы / Б. С. Братусь // Журнал практикующего психолога. – Вып. 3. – К., 1997. – С. 6 – 15.

37. Братусь Б.С. Аномалии личности: [текст] / Б. С. Братусь. – М. : Мысль, 1988. – 304 с. - Рез.: англ. - Библиогр. в примеч.: с. 293-300.
38. Бредихина Н.А. Обоснование рациональной превентивной терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.05 / МЗ СССР. ЦНИИ гастроэнтерологии. - М., 1990. – 52 с.
39. Бройтиган В., Кристиан П., фон Рад М. Психосоматическая медицина : [крат. учеб.] / В. Бройтиган, П. Кристиан, М. фон Рад; пер. с нем. – М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 373 с: ил. - Библиогр.: с. 363-367.
40. Брушлинский А.В. Психология субъекта (из лекции А.В.Брушлинского) / А.В. Брушлинский // Психологический журнал. – 2003. – Т.24, № 2. – С. 15 – 17.
41. Бурлачук Л. Ф. Проблема исследования бессознательного психического проективными методами // Бессознательное: природа, функции, методы исследования.– Тбилиси: Сабчота Сакарт-вело, 1978.– Т. 3.– С. 9–14.
42. Бурлачук Л. Ф., Кочарян А. С., Жидко М. Е. Психотерапия: [учебник] / Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко. – 2 изд. – СПб. : Питер, 2006.– 370 с.
43. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций: [учеб. пособие] /Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Коржова. – М. : Рос. пед. агентство, 1998. – 262 с.
44. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. – СПб. и др. : Питер Ком, 1999. – 517, [2] с: ил.
45. Василюк Ф.Е. Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций / Ф.Е.Василюк. – М. : Прогресс, Б. г., 1988. – 223,[1] с: ил. - Указ.: с. 219 - 224. - Библиогр.: с. 205 - 218.
46. Васьківська С. В. Про дитячу тривожність / С. В. Васьківська // Початкова школа. – 1993. – № 9. – С. 8 – 11; № 10. – С. 53 – 56.
47. Васьківська С. В. Побудова консультативного діалогу з людиною обтяженою психосоматичними проблемами / С. В. Васьківська // Психологічні стратегії в освітньому просторі : Зб.

наук. праць (Психол. науки). – Вип.1. – К. : КМІУВ ім. Б.Грінченка, 2000. – С. 25 – 31.

48. Ващенко Ю.А. Психологічні фактори психосоматичних розладів (на матеріалі виразкової хвороби): Автор. дис. ... канд. психол. наук. 19.00.04 / Ю.А.Ващенко; КНУ ім. Шевченка - К., 1999. – 15с.

49. Введение в клиническую психологию: [учеб. для студентов мед. вузов]: в 2-х т. / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. – М. : Акад. проект; Екатеринбург : Деловая кн., 2000. – Т. 2. – 380,[1] с: ил. - Библиогр.: с. 366 - 367.

50. Виховання здорового способу життя: Тренінг для підлітків / [укл. О. В. Головіна, О. С. Лісова]. – Чернівці : Рута, 2003. – 66 с.

51. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6-ти т. / Гл. ред. А.В.Запорожец. – М.: Педагогика, 1983. – т. 4. Детская психология / Под ред. Д.Б.Эльконина – 406 с. – Библиогр. с. 426 – 432.

52. Вітенко І.С. Зміни психіки при соматичних розладах – актуальна проблема медичної психології / І.С. Вітенко // Практична психологія та соціальна робота. – 2000. – № 4. – С. 31 – 32.

53. Влияние коморбидной депрессии на социальную адаптацию пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / Е.К. Гладишина, Э.И. Белобородова, Н.А. Корнетов, Т.А. Загромава // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. – 2004. – № 8. – С. 40 – 41.

54. Внутрішня картина здоров'я дітей і підлітків як психологічний феномен / Г.В.Кукуруза, О.Е.Беляєва, О.О.Кирилова, С.М.Циліурік // Наукові записки Ін-ту психології АПН України. – 2007. – Вип. 32. – С. 148 – 157.

55. Водопьянова Н. Е., Ходырева Н. В. Психология здоровья / Н.Е.Водопьянова, Н.В. Ходырева // Вестник ЛГУ: Сер. 6. – 1991. – Вып. 4. – С. 20 – 32.

56. Войтенко В.П. Здоровье здоровых: Введение в санологию / В.П. Войтенко. – К. : Здоровье, 1991. – 245,[1] с. - Библиогр.: с. 239 - 244.

57. Волобой Н.А., Жузжанов О.Т. Преморбидные особенности личности больных язвенной болезнью / Н. А. Волобой, О.Т. Жузжанов // Проблемы медицинской психологии: Сб. научн. трудов. – М., 1976. – С. 76 – 77.

58. Волошко Н. І. Діагностика і формування психопрофілактичної культури практичних психологів професійно-

технічних навчальних закладів : [навч.-метод, посіб.] / Н. І. Волошко; АПН України, Ін-т педагогіки і психології проф. освіти АПН України. — Київ : Науковий світ, 2007. — 76 с.

59. Вороненко Ю.В., Зоріна С.М. Здоров'я населення / Ю.В. Вороненко, С.М. Зоріна // Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: [підручник для студ. вищих навч. закл. III- IV рівнів акредитації]; під ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф.Москаленка. — Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. — С. 32 — 41.

60. Воронич-Семченко Н. Співвідношення інтенсивності перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), активності антиоксидантної системи (АОС) та клінічного перебігу виразкової хвороби із типологічними особливостями нервової діяльності хворих / Н. Воронич-Семченко // Галицький лікарський вісник. — 1999. — Т.6, № 2. — С. 10 — 13.

61. Галецька І.І. Методологічні проблеми вивчення психологічного здоров'я / І. І. Галецька // Наукові записки Інституту психології ім. Г. С. Костка АПН України. — К. : Главник, 2005. — Вип. 26, Т.І. — С. 320 — 324.

62. Галецька І.І. Психологічне здоров'я як критерій внутрішньої свободи / І. І. Галецька // Психологічні студії Львівського університету. — Вип. 1. — Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2004. — С. 79 — 85.

63. Гастроентерология: В 3-х ч. / Под ред. Дж.Х. Барона, Ф.Г. Муди; перевод с англ. В.Е. Зельдина, Б.П. Персица. — М. : Медицина, 1988. — Ч. 1: Пищевод, желудок / Дж.У. Магер, Е.Р. Вудворд, Дж.К. О'Салливан. — 303 с: ил. - Библиогр.: с. 287 - 292.

64. Гигиенические аспекты донозологической диагностики индивидуального здоровья / Т.В. Жукова, М.Ю. Соловьев, М.В. Калинина и др. // Гигиена и санитария. — 2001. — № 5. — С. 77 — 80.

65. Гиляровский В.А. Взаимоотношение соматического и психического в клинике соматогений / В.А. Гиляровский // Проблемы кортико-висцеральной патологии. — Л., 1949. — С. 201 — 207.

66. Гингер С., Гингер А. Гештальт-терапия контакта / С.Гингер, А. Гингер; пер. с фр. Е.В. Просветиной. — 2. изд. — СПб. : Специальная литература, 2001. — 286, [2] с: ил., табл. - Библиогр.: с. 259 - 266.

67. Годфруа Ж. Что такое психология: в 2 т. / Ж. Годфруа; под ред. Г.Г. Аракелова; пер. с фр. Н. Н. Алипова и др. – М. : Мир, 1999. – 370 с. – Т. 2.: ил. - Библиогр. в конце гл.
68. Годфруа Ж. Что такое психология: в 2-х т. / Ж. Годфруа. – Изд. 2-е, стер.; т. 1; пер. с франц. – М. : Мир, 1996. – 496 с.
69. Гольдшейдер А. Боевые вопросы врачевания / А. Гольдшейдер. – М., 1929. – 95 с.
70. Гончаренко М.С. Валеологический словарь / М. С. Гончаренко; Харьковский гос. ун-т. – Х. : ХГУ, 1999. – 315 с.
71. Гребень Н.Ф. Психосоциальный портрет язвенного больного / Н.Ф. Гребень // Вестник Белорусского государственного ун-та, Сер. 3. – 2003. – № 2. – С. 63 - 67.
72. Губанов Н.И., Царегородцев Г.И. Психосоматическая проблема / Н.И. Губанов, Г.И. Царегородцев // Философские науки. – 1990. – № 12. – С. 22 – 31.
73. Губачев Ю.М. Психосоматические аспекты язвенной болезни / Ю.М. Губачев, О.Т. Жузжанов, В.И. Симаненков. – Алма-Ата: Казахстан, 1990. – 213,[2] с: ил. - Библиогр.: с. 208 - 214.
74. Губачев Ю.М., Симаненков В.И., Ананьев В.А. Адаптивно-компенсационные психосоматические механизмы реагирования на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки / Ю.М. Губачев, В.И. Симаненков, В.А. Ананьев // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях: Сб. науч. тр. / Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева; [Ред. Л. И. Вассерман, В. П. Зайцев]. – Л. : Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т, 1990. – С. 26 – 32.
75. Гундаров И.А., Полесский В.А. Актуальные вопросы практической валеологии // Валеология: диагностика, средства и практика обеспечения здоровья. – С.-Пб., 1993. – Вып. 1. – С. 25 – 33.
76. Гундаров И. А. Духовное неблагополучие и демографическая катастрофа / И. А. Гундаров // Общественные науки и современность. – 2001. – № 5. – С. 58 – 65.
77. Гундаров И. А. Почему вымирают русские. Последний шанс: [сборник] / И. А. Гундаров. – М. : Эксмо, 2004. – 288 с.
78. Данилова Е. Е. Жизненная стойкость и психическое здоровье / Е. Е. Данилова // Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И. В. Дубровиной. – 2-е изд. – Екатеринбург : Деловая кн., 2000. – С. 115 – 128.

79. Двіжона О. В. Вплив чинників на порушення психічного здоров'я дітей із дискантних сімей / О. В. Двіжона // Психологічні перспективи. – Вип. 13. – Луцьк : РВВ “Вежа” Волин. нац. ун-ту імені Лесі Українки, 2009. – С. 107 – 114.

80. Дегтярева И.И., Харченко Н.В. Язвенная болезнь: Современные аспекты диагностики и лечения / И.И. Дегтярева, Н.В. Харченко. – К. : Здоров'я, 1995. – 334 с: ил. – Библиогр.: с. 328 - 334.

81. Деннинг М., Филлипс О. Творческая визуализация: Проверенные методы формирования своей судьбы: [практ. руководство] / М. Деннинг, О. Филлипс; пер. с англ. Н. Шпет. – К., М. : София, 1999. – 254, [1] с: ил.

82. Деятельность, сознание, личность / А.Н. Леонтьев, Д.А. Леонтьев, Е.Е. Соколова. – М. : Смысл; ППП Тип. Наука, 2005. – 431 с: ил.

83. Дідковська Л. І. Особливості уявлень про своє майбутнє у старшокласників із соматичними порушеннями: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Л. І. Дідковська; Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – К., 2003. – 19 с.

84. Долинський Г. Д. Валеологічна психологія – новий напрямок у системі підготовки вчителів / Г. Д. Долинський // Психологія: Зб. наук. пр. Вип. 1 (4). Нац. пед. університет ім. М. Драгоманова. – К., 1999. – С. 62 – 64.

85. Донченко Е. А. Социетальная психика / Е. А. Донченко. – К. : Наукова думка, 1994. – 300 с.

86. Элементарная биометрия: [учеб. пособие для студентов биол. специальностей] / Э.В. Ивантер, А.В. Коросов; Федеральное агентство по образованию, Гос. образоват. учреждение высш. проф. образования Петрозав. гос. ун-т. – Петрозаводск : Издательство ПетрГУ, 2005. – 104 с: ил., табл. - Указ. - Библиогр.: с. 84.

87. Эльберг Э.К. Влияние психологических особенностей больного и его отношения к болезни на процесс лечения / Э.К. Эльберг // Вопросы психологии. – 2006. -№ 1. – С.79 – 82.

88. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности / О.П. Елисеев. – 2-е изд., испр. и перераб. – СПб. : Питер, 2005. – 509 с.: ил. – Библиогр.: с. 501 – 508.

89. Жюльен Н. Словарь символов: [ил. справ] / Н. Жюльен; пер. с фр. С. Каюмова, И. Устьянцевой. – 2-е изд. – Челябинск : Урал Л.Т.Д., 2000. – 497, [1] с.: ил.

90. Заика Е.В., Лотоцкая М.Ю. Методика исследования эмоций в клинической психологии / Е.В. Заика, М.Ю. Лотоцкая // Практична психологія і соціальна робота. – 2003. – № 5. – С. 35 – 53.

91. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Европейская серия по достижению ЗДВ. – №6. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999. – 310 с.

92. Зеличенко А.И. Психология духовности / А.И. Зеличенко. – М. : Изд-во Трансперсон. ин-та, 1996. – 400 с.: ил.

93. Злоказова М.В. и др. Особенности психологического статуса больных с гастроэнтерологической патологией / М. В. Злоказова, А.К. Мартусевич, А.Н. Кошкин // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2006. – № 2. – С. 18 – 21.

94. Золотухіна Г.П. Вплив психоемоційних порушень на перебіг виразкової хвороби шлунку та 12-палої кишки / Г.П. Золотухіна // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т.10, вип.1 (додаток). – С. 84 – 85.

95. Иванников В.И. Психологические механизмы волевой регуляции: [учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальностям психологи] / В.И. Иванников. – 3-е изд. – СПб., М. [и др.] : Питер, 2006. – 203 с. – Библиогр.: с. 176 - 184.

96. Иванюшкин А.Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека / А.Я. Иванюшкин // Вестник АМН СССР. – 1982. – № 4. – С. 29 – 33.Ї

97. Ігнатов М.Ю. та ін. Психічне здоров'я населення України з точки зору фахівців соціальної психіатрії / М.Ю.Ігнатов, М.В. Маркова, С.І. Табачніков // Охорона здоров'я України. – 2002. – № 1. – С. 14 – 17.

98. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: [рук. для врачей] / Д. Н. Исаев. – СПб. : Питер, 2000. – 507,[1] с.

99. Кабанов М.М и др. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. – Л. : Медицина, 1983. – 311 с.: ил.

100. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья и психосоматический потенциал индивида / В.Е. Каган // Тезисы науч. конф. “Психогенные и психосоматические расстройства”. – Тарту : Б. и., 1988. – Т. 1. – 204 с.

101. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? / В.Е. Каган // Вопросы психологии. – 1993. – № 1. – С. 86 – 88.

102. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья и соматические заболевания у детей / В. Е. Каган // Неврозы у детей и подростков: Тезисы докл. всесоюз. конф. Москва, 17-18 дек. 1986 г. / Гл. ред. Г.В. Морозов. – М. : Б. и., 1986. – С. 64 – 67.

103. Казначеев В.П. Проблемы человековедения / В.П. Казначеев; под науч. ред. акад. А.И. Субетто. – М.; Новосибирск : Наука, 1997. – 349 с: ил.

104. Казначеев В.П. и др. Донозологическая диаг-ностика в практике массовых обследований населения / В.П. Казначеев, Р.М. Баевский, А.П. Берсенева. – Л. : Наука, 1980. – 207 с.

105. Калинин А.В. Симптоматические гастродуоденальные язвы и язвенная болезнь / А. В. Калинин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2004. – Т. XIV, № 3. – С. 22 – 31.

106. Калитеевская Е.Р. Отношение к болезни подростков и юношей (15 – 22 г.) с хроническими соматическими заболеваниями / Е.Р. Калитеевская // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях: Сб. науч. тр. / Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева; [Ред. Л. И. Вассерман, В. П. Зайцев]. – Л.: Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т, 1990. – С. 81 – 85.

107. Кант И. О способности духа силою только воли побеждать болезненные ощущения / И. Кант // Трактаты и письма. – М. : Наука, 1980. – С. 453 – 457.

108. Кант И. Сочинения. В 6-ти т. / И. Кант. – М. : Наука, 1965. – т. 4(2). – 478 с.

109. Карпенко З. С. Аксіопсихологія особистості / З. С. Карпенко. – К. : ТОВ “Міжнар. фін. агенція”, 1998. – 220 с.

110. Карпенко З. С. Ціннісні виміри індивідуальної свідомості / З. С. Карпенко // Зб. наук. пр.: філософія, соціологія, психологія. – Ч.

2. – Івано-Франківськ: Вид-во “Плай” Прикарпатського ун-ту, 1996. – С. 42 – 48

111. Катков А.Л. Полнос психического здоровья – проблемы идентификации / А. Л. Катков // Психическое здоровье. – 2006. – № 12. – С. 46 – 51.

112. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного / А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев. – Л. : Медицина, 1980. – 183 с.

113. Кербиков О.В. Избранные труды / О. В. Кербиков. – М. : Наука, 1971. – 312 с.

114. Кира Е.Ф. и др. Перспективы использования оценки качества жизни гинекологических больных / Е.Ф. Кира, В.Ф. Беженарь, Н.Н. Рухляда // Журнал акушерства и женских болезней. – 1999. – Т. XLVIII, вып. 1. – С. 59 – 62.

115. Киричук О. В. Духовно-катараксична активність особи як фактор її життєтворчості / О. В. Киричук // Обдарована особистість – пошук розвиток, допомога: Матеріали доповідей та повідомлень на Міжнар. наук.-практ. конф., 27-29 квіт. 1998 р. – К., 1998. – С. 143 – 149.

116. Кицул И.С. Мнение пациентов о состоянии своего здоровья и результатах оказанной медицинской помощи / И.С. Кицул // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1998. – № 4. – С. 7 – 8.

117. Клименко В. Механізм творчості: руйнування і відродження функцій / В. Клименко // Психологія і суспільство. – 2001. – № 2. – С. 134 – 154.

118. Клиническая гастроэнтерология / Под ред. Н.В.Харченко. – К. : Здоровье, 2000. – 215 с.

119. Клиническая психология в социальной работе: [учеб. пособие для студентов фак. соц. работы] / Б.А. Маршинин, М.В. Голубев, Н.Н. Ямщикова и др.; под ред. Б.А. Маршнина. – М. : АКАДЕМІА, 2002. – С. 177 – 217.

120. Клинические особенности соматического заболевания и внутренняя картина болезни (на модели ишемической болезни сердца и бронхиальной астмы) / А.Б. Смулевич, А.Я. Сыркин, А.Ш. Тхостов и др. // Клиническая медицина. – 1999. – № 2. – С. 17 – 23.

121. Ковальчук А.М. Внутрішня картина здоров'я у підлітків і юнаків, які входять до „групи ризику”: Автореф. дис. ... канд.

психолог. наук. 19.00.04 / А.М. Ковальчук; КНУ ім. Шевченка. – К., 2004. – 20 с.

122. Колесникова И.Ю. Качество жизни, психологический статус и особенности течения заболевания у больных при язвенной болезни / И.Ю. Колесникова // Клиническая медицина. – 2001. – Т. 79, № 6. – С. 44 – 46.

123. Колісник О. П. Ступені духовності та психічні механізми саморозвитку особистості / О. П. Колісник // Ментальність. Духовність. Саморозвиток особистості. – Ч. I. – К., 1994. – С. 349 – 392.

124. Колісник О. Саморозвиток особистості як ієрархія смислів у духовному потоці психіки / О. Колісник // Психологічні перспективи. – Вип. 3. – 2003. – С. 40 – 51.

125. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. – 2. изд. – Прага : Авиценум, 1983. – 405 с: ил.

126. Коркина М.В. и др. Пограничные психические нарушения при сахарном диабете / М.В. Коркина, Е.В. Елфимова, В.В. Марилов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1997. – Т. 97, № 2. – С. 15 – 18.

127. Корнієнко О. В. Підтримання психосоматичного здоров'я практично здорових людей: [навч. посіб.] / О. В. Корнієнко. – К. : Вид. центр "Київський університет", 2000. – 126 с.

128. Корнієнко О. В. Безпека життєдіяльності та підтримання психосоматичного здоров'я молоді: [монографія] / О. В. Корнієнко. – К. : Київський університет, 2004. – 264 с.

129. Костогрыз М.А. и др. Психосоматические аспекты язвенной болезни желудка / М.А. Костогрыз, А.А. Корнилов, Т.Н. Агафонова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 3. – С. 91 – 93.

130. Кочарян А.С. Личность больных невротическими расстройствами: полоролевой аспект / А.С. Кочарян // Международный медицинский журнал. – 2001. – № 2. – С. 67 – 70.

131. Кочарян Г.С. "Выгодные" болезни и негативные терапевтические реакции в клинике сексуальных расстройств / Г.С. Кочарян // Здоровье мужчины. – 2005. – № 1. – С. 145 – 152.

132. Кравцова Т.Ю. Механизмы дезрегуляции при обострении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Т.Ю. Кравцова //

Российский гастроэнтерологический журнал. – 2000. – № 1. – С. 21 – 26.

133. Кравцова Т.Ю. и др. Изменения психо-вегетативного статуса и его коррекция у больных язвенной болезнью / Т.Ю. Кравцова, Е.С. Голованова, Е.В. Рыболовлев // Клиническая медицина. – 2000. – № 12. – С. 34 – 36.

134. Красильников Г.Т. и др. Внутренняя картина здоровья как медико-психологическая проблема / Г.Т. Красильников, Л.Н. Сыч, Л.Л. Галина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1996. – № 2. – С. 19 – 21.

135. Краснушкин Е.К. О сознании и чувстве болезни при соматических болезнях / Е.К. Краснушкин // Труды III Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. – М., 1948. – С. 248 – 254.

136. Кречмер Э. Строение тела и характер / Э. Кречмер; пер. с нем. – М. : Эксмо, 2003. – 412, [1] с: портр., табл.

137. Кришталь В.В., Маркова М.В. Нарушения сексуального здоровья и психосоматические нарушения / В.В. Кришталь, М.В. Маркова // DOCTOR. – 2002. – № 6. – С. 25 – 27.

138. Кришталь В.В. Психосоматическая патология: генез и подходы к коррекции / В.В. Кришталь // Международный медицинский журнал. – 2001. – № 1. – С. 37 – 40.

139. Курило І. Проблема здоров'я нації в сучасній Україні / І. Курило // Журнал практичного лікаря. – 2002. – № 5. – С. 2 – 9.

140. Кустов А.В., Павлюк П.А., Спивак А.В. Психологические особенности больных, страдающих психосоматическими расстройствами / А.В. Кустов, П.А. Павлюк, А.В. Спивак // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т.10, вип.1(додаток). – С. 198 – 199.

141. Куташов В.А. Акцентуация личности пациентов с аффективными расстройствами при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / В. А. Куташов // Журнал теоретической и практической медицины. – 2006. – 4, № 2. – С. 236 – 238.

142. Куташов В.А. Личностные особенности в формировании аффективной патологии у гастроэнтерологических больных / В. А. Куташов // Журнал теоретической и практической медицины. – 2005. – Т. 3, № 4. – С. 407 – 409.

143. Лапач С.Н. и др. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel : Экспериментальные исследования; Клинические испытания; Анализ

фармацевтического рынка / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – К. : Морион, 2000. – 320 с.: ил.

144. Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию / М.С. Лебединский, В.Н. Мясищев. – Л. : Медицина, 1966. – 430 с.: ил.

145. Леменг А.Б. Психосоматические отношения / А. Б. Леменг // Научные записки НГУЭУ. – 2004. – № 4. – С. 25 – 27.

146. Лісова О. С., Ситник С.І. Проективний метод психодіагностики “внутрішньої картини здоров’я” / О. С. Лісова, С.І. Ситник // Соціальна робота в Україні: теорія і практика: [посіб. для підвищення кваліфікації психологів центрів соціальних служб для молоді] / За ред. А. Я. Ходорчук. – К., Ч. 5. – 2003. – С. 137 – 141.

147. Ливехуд Б. Ход жизни человека / Б. Ливехуд // Психологические методы обретения здоровья: [хрестоматия] / Сост. К.В.Сельченко. – Мн. : Харвест, 2001. – С. 96 – 147.

148. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1980. – Т. LXXX, вып. 8. – С. 1195 – 1198.

149. Личность пациента и болезнь. / В.Т.Волков, А.К.Стрелис, Е.В. Караваева, Ф.Ф. Тетенев. – Томск : Сиб. мед. ун-т, 1995. – 328 с.

150. Лищук В.А., Мосткова Е.В. Девять ступеней к здоровью. Основные рекомендации для приумножения личного здоровья / В.А. Лищук, Е.В Мосткова. – М. : Бином : Вост. кн. компания, 1997. – 319 с.

151. Литвин-Кіндратюк С., Кіндратюк Б. Народознавство та організація здорового способу життя школярів: [монографія] / С. Литвин-Кіндратюк, Б. Кіндратюк. – Івано-Франківськ : Плай, 1997. – 279 с.

152. Логинов А.С. Язвенная болезнь и *Helicobacter pylori*. Новые аспекты патогенетической терапии / А.С. Логинов, Л.И. Аруин, А.А. Ильченко; ЦНИИ гастроэнтерологии. – М.: Б. и., 1993. – 330 с.

153. Ломов Б. Ф. Системность в психологии: Избр. психол. тр. / Б.Ф. Ломов; Рос. акад. образования. Моск. психол.-соц. ин-т. – М. : Изд-во Моск. психол.-соц. ин-та; Воронеж : МОДЭК, 2003. – 422, [1] с.

154. Ломов Б. Ф., Тарабрина Н. В. Медицина и психологическая наука / Б. Ф. Ломов, Н. В. Тарабрина // Клиническая психология / Сост. и общая редакция Н. В. Тарабриной. – СПб. : Питер, 2000. – 352 с.

155. Лоуэн А. Физическая динамика структуры характера / А. Лоуэн; пер. с англ. Е. В. Поле. – М. : Компания "ПАНИ", 1996. – 319 с: ил.
156. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания / А. Р. Лурия. – М. : Медицина, 1977. – 112 с.
157. Лушин П.В., Каськова Н.Ф. Интегральная характеристика понятия психическое здоровье / П.В. Лушин, Н.Ф. Каськова // Социальные аспекты псих. здоровья детей и подростков: Матер. междунар. Конгресса. Одесса, 19-22 сентября 1994 г.; АПН Украины; Южноукраинский педагогический ун-т им. К.Д.Ушинского [Ред. А.Я. Чебыкин]. — О., 1994. — С. 15.
158. Маковецька Т.І. Виразкова хвороба у жінок: особистісна характеристика та типи ставлення до хвороби / Т. І. Маковецька // Лікарська справа. – 2003. – №8. – С. 95 – 97.
159. Маковецька Т.І. Застосування МагнеВ6 для корекції психовегетативних симптомів при виразковій хворобі у жінок в системі комплексної медикаментозної реабілітації / Т. І. Маковецька // Український бальнеологічний журнал. – 2003. – №4. – С. 45 – 48.
160. Максименко С.Д., Соловієнко В. О. Загальна психологія: [підручник для студентів вищ. навч. закл.] / С.Д. Максименко, В. О. Соловієнко. – К. : Форум, 2000. – 543 с.
161. Максименко С.Д. Онтогенез личности / С.Д. Максименко // Медицинская психология. – 2006. – Т.1, № 3. – С. 3 – 14.
162. Максименко С. Д. Переживання як психологічний механізм саморозвитку особистості / С.Д. Максименко // Педагогічний процес: теорія і практика : [Зб. наук. пр.]. – К. : ЕКМО, 2005. – Вип. 3. – С. 343 – 361.
163. Максименко С. Д. Генезис существования личности / С.Д. Максименко. – К. : Изд-во ООО “КММ”, 2006. – 240 с.
164. Максименко С. Д., Шевченко Н. Ф. Психологічна допомога важким соматично хворим: [навч. посіб.] / С. Д. Максименко, Н. Ф. Шевченко. – К. : Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України; Ніжин : Міланік, 2007. – 115 с.
165. Максимова Т.М. Субъективные оценки здоровья в социально-гигиенических исследованиях здоровья населения / Т.М. Максимова // Советское здраво-охранение. – 1991. – № 10. – С. 63 – 65.

166. Максимова Н.Ю. та ін. Життя та здоров'я: [навчальний посібник з валеології для учнів 8 (9) класу загальноосвітньої школи] / Н.Ю. Максимова, К.Л. Мілютіна, В.М. Піскун. – К. : Прок-бізнес, 1998. – 160 с.
167. Малейчук Г.И. Психическое и психологическое здоровье: сравнительный анализ понятий / Г. И. Малейчук // Психология и школа. – 2004. – № 3. – С. 24 – 34.
168. Малявин В.В. Чжуан-цзы: Китайский мыслитель VI-III вв. до н. э. / В. В. Малявин. – М. : Наука, 1985. – 309 с.
169. Марилов В.В. Переход функционального расстройства в органический психосоматоз / В. В. Марилов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. – Т. 106, № 1. – С. 21 – 23.
170. Маркова М.В. Нарушения сексуального здоровья: соматопсихические и психосоматические соотношения / М. В. Маркова // Журнал практичного лікаря. – 2005. – № 3. – С. 24 – 29.
171. Маркова М.В. Психопрофілактика порушення функціонування студентської сім'ї (медико-психологічні аспекти): Автореф. дис... д-ра мед. наук: 19.00.04 / М.В. Маркова; Харківська медична академія післядипломної освіти. – Х., 2007. – 36с.
172. Мартынов А.В. Исповедимый путь: Философские э туды / А.В. Мартынов. – М. : Прометей, 1989. – 165 с: ил.
173. Маслоу А. По направлению к психологии бытия: Религии, ценности и пик-переживания / А. Маслоу; пер. с англ. Е. Рачковой. – М. : Эксмо-Пресс, 2002. – 270,[1] с.
174. Маслоу А. Г. Мотивация и личность / А. Г. Маслоу; пер. с англ. – СПб. : Евразия, 1999. – 478 с.
175. Мельник Ю.Б. Формування культури здоров'я учнів як важлива складова роботи практичного психолога / Ю. Б. Мельник // Практична психологія і соціальна робота. – 2003. – № 2-3. – С. 126 – 132.
176. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство / В. Д. Менделевич. – М. : МЕД-пресс, 1998. – 592 с.
177. Менегетти А. Клиническая онтопсихология / А. Менегетти; пер. с итал. – Пермь : Хортон, 1995. – 468,[2] с: ил.
178. Мерлин В.С. Очерк интегрального исследования индивидуальности / В.С. Мерлин; предисл. Е. А. Климова. – М. : Педагогика, 1986. – 253,[1] с.

179. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: [метод. рекомендации] / Авт.-сост. Л.И. Вассерман и др.; Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – Л. : Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т, 1987. – 25,[2] с.: ил.

180. Мирошник И.М., Гаврилин Е.В. Метод целенаправленной регуляции психических состояний и свойств личности и его применение в санаторно-курортных условиях / И.М. Мирошник, Е.В. Гаврилин // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2000. – № 2. – С. 42 – 46.

181. Мягков И. Ф., Боков С. Н. Медицинская психология: Основы патопсихологии и психопатологии: [учеб. для вузов] / И. Ф. Мягков, С. Н. Боков. – М. : Логос, 1999. – 232 с.

182. Мясищев В. Н. Психические состояния и отношения человека / В. Н. Мясищев // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1996. – № 1-2. – С. 23 – 34.

183. Мясищев В.Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев. – Л. : Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. – 426 с.

184. Мясищев В.Н. Психология отношений / В.Н. Мясищев. – М. : Изд-во "Институт практической психологии"; Воронеж : НПО "МОДЭК", 1995. – 356 с.

185. Напреенко А.К., Петров К.А. Психическая саморегуляция / А.К. Напреенко, К.А. Петров. – К. : Здоров'я, 1995. – 238 с.

186. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования / Р. Нельсон-Джоунс; пер. с англ. Е. Волков. – 3-е междунар. изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2000. – 456 с: ил.

187. Никитин В.Н. Энциклопедия тела: Психология. Психотерапия. Педагогика. Театр. Танец. Спорт. Менеджмент / В. Н. Никитин. – М. : Алетей, 2000. – 622,[1] с: ил.

188. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. Психологическое исследование / В. В. Николаева. – М. : МГУ, 1987. – 167 с.

189. Николаева В.В. Внутренняя картина болезни при некоторых психических заболеваниях: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / В. В. Николаева; МГУ им. Ломоносова. – М., 1970. – 24 с.

190. НЛП и здоровье: Использование НЛП для улучшения здоровья и благополучия / Я. Мак-Дермотт, Дж. О'Коннор; предисл.

Энрико Мелсона; пер. с англ. А.Б. Бродского. – Челябинск : Библиотека А. Миллера, 1998. – 238 с.: ил.

191. Новик А.А. и др. Оценка качества жизни больного в медицине / А.А. Новик, А. Матвеев, Т.Н. Попова // Клиническая медицина. – 2000. - № 2. – С. 10 – 13.

192. О психологической диагностике типов отношения к болезни / Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях: Сб. науч. тр. / Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева; [Ред. Л. И. Вассерман, В. П. Зайцев]. – Л. : Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т, 1990. – С. 8 – 16.

193. Образ здоров'я у хлопців із затримкою фізичного та статевого розвитку / Г.В.Кукуруза, О.Е.Беляєва, О.О.Кирилова, С.М.Цилюрик // Медицинская психология. – 2007. – Т. 2, № 3. – С. 87 – 89.

194. Оноприев В.И. и др. Перспективы исследования качества жизни в хирургической гастроэнтерологии / В.И. Оноприев, Н.В. Корочанская, Н.И. Клименко // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2001. – № 5. – С. 19 – 23.

195. Опарин А.А. Влияние Оксид азота и гормонов стресса на состояние защитного слизистого барьера у больных язвенной болезнью, ассоциированной с *Helicobacter pylori* / А. А. Опарин // Врачебная практика. – 2002. - №3. – С. 5 – 6.

196. Опарин А.А. Психосоматические аспекты дуоденальной язвы / А. А. Опарин // Международный медицинский журнал. – 2003. – Т. 9, №1. – С. 39 – 41.

197. Організм та особистість. Діагностика та керування / А. Магльований, В. Белов, А. Котова. – Л. : Мед. газ. України, 1998. – 250 с.

198. Орлов А. Б. Личность и сущность: внешнее и внутреннее Я человека / А. Б. Орлов // Вопросы психологи. – 1995. – № 2. – С. 5 – 18.

199. Основи психології: [підручник] / За заг. ред. О. В. Киричука, В. А. Роменця. – 2-ге вид., стереотип. – К. : Либідь, 1996. – 632 с.

200. Основи практичної психології: [підручник] / В. Г. Панок, Т. М. Титаренко, Н. В. Чепелева, В. Рибалка. – 2-ге вид., стереотип. – К. : Либідь, 2001. – 536 с

201. Особенности внутренней картины болезни у больных с депрессивными состояниями различного генеза // Депрессивные расстройства / И.И. Кутько, В.А. Стефановский, Л.Ф. Шестопалова, В.И. Букреев. – К., 1992. – С. 92 – 103.

202. Особенности психопатологии табачной зависимости / В.К. Смирнов, Т.Н. Соколова, Л.Н. Валуева и др. // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1991. – Т.91, Вып. 2. – С. 93 – 96.

203. Павлюк П.А. О механизме развития психосоматических, невротических и невротоподобных расстройств / П.А. Павлюк // Український вісник психоневрології. – 2000. – Т.8, вип.3(25). – С. 68 – 70.

204. Панкратов В.Н. Саморегуляция психического здоровья: [Практическое руководство] / В. Н. Панкратов. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2001. – 338, [1] с.

205. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: Семья как психотерапевт / Н. Пезешкиан; пер. с англ., нем.; послесл. В. Кагана. – М. : Март, 1996. – 333, [2] с.

206. Перлз Ф. Внутри и вне помойного ведра / Ф. Перлз // Перлз Ф., Гудмен П., Хефферлин Р. Практикум по гештальт-терапии. – М. : Академия; СПб. : Петербург XXI век, 1997. – 448 с.

207. Петрик О.І. Медико-біологічні та психолого-теоретичні основи здорового способу життя / О. І. Петрик. – Луцьк: РВВ "Вежа" Волинського держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 1993. – 119 с.

208. Петрова Н.Н. и др. Механизмы психической адаптации больных в ситуации соматогенной витальной угрозы / Н.Н. Петрова, А.Э. Кутузова, А.О. Недошивин // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. – 2004. – № 2. – С. 52 – 64.

209. Петровский В.А. Личность в психологии: парадигма субъектности / В. А. Петровский. – Ростов н/Д. : Изд-во «Феникс», 1996. – 512 с.

210. Петрюк П.Т., Якущенко И.А. Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и класификации / П.Т. Петрюк, И.А. Якущенко // Вестник Ассоциации психиатров Украины. – 2003. – № 3-4. – С. 133 – 140.

211. Петухова Н.А., Стоянова И.Я. Особенности механизмов психологической защиты у больных с гастроэнтерологическими

расстройствами / Н.А. Петухова, И.Я. Стоянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 1. – С. 68 – 70.

212. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / А.В. Андрищенко и др.; под ред. А.Б. Смулевича. – М. : Русский врач, 2000. – 159 с.: ил.

213. Подкорытов В.С., Шестопалова Л.Ф. Невротические расстройства у детей и подростков-«чернобыльцев» / В.С. Подкорытов, Л.Ф. Шестопалова; НАН Украины; Институт социологии; Центр экспертиз и прогнозов. – К., 1999. – 262 с.

214. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я у Україні: Довідник МОЗ України. – Київ, 2001. – С. 47.

215. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я у Україні: Довідник МОЗ України. – Київ, 2004. – С. 47.

216. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я у Україні: Довідник МОЗ України. – Київ, 2006. – С. 64.

217. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: [учеб. пособие] / Под ред. Крылова А.А., Маничева С.А. – СПб. : Питер, 2000. – 560 с.

218. Применение Гиссенского опросника соматических жалоб в клинике пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств: [метод. пособие] / Психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева; [В. А. Абабков и др.]. – СПб. : Психоневрол. ин-т, 1993. – 24,[1] с.

219. Профілактика тютюнокуріння серед школярів /А.Й.Капська, О.Г.Карпенко, Н.Л.Лук'янова, Н.Б.Підлісна // Формування навичок здорового способу життя у дітей і підлітків: За проектом "Діалог": [навчально-метод. посіб.] / О.В. Вінда, О.П. Коструб; Український науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи; Науково-методичний центр середньої освіти МОН України. – 3-є вид., перероб. і доп. – К., 2003. – С. 86 – 128.

220. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И. В. Дубровиной. – 2-е изд. – Екатеринбург : Деловая кн., 2000. – 126 с.

221. Психологические методы обретения здоровья: [хрестоматия] / Сост. К. В.Сельченко. – М. : АСТ, 2001. – 720 с.

222. Психологические методы обретения здоровья: [хрестоматия] / Сост. К.В. Сельченко. – Мн., М. : Харвест, АСТ, 2001. – С. 167 – 274.

223. Психология здоровья: [учеб. для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальностям психологии] / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб., М. (и др.) : Питер, 2003. – 606 с.

224. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоровья: [хрестоматия] / Сост. К. В. Сельченко. – М. : АСТ, 2001. – 604 с.

225. Пустовойт М.М. Психосоматична перспектива в медицині / М.М. Пустовойт // Медицинская психология. – 2006. – Т. 1, № 4. – С. 13 – 15.

226. Роджерс К. Вигляд на психотерапию. Становление человека. – М.: Б. и., 1994. – 419 с.

227. Рождественський А. Ю. Рефлексія тілесного потенціалу в життєвому самовизначенні старшокласників: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 (Ин-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України). – К., 2002. – 19 с.

228. Розин В. М. Здоровье как философское и социально-психологическая проблема / В. М. Розин // Мир психологии. – 2000. – № 1 (21). – С. 12 – 31.

229. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии / Е.С. Романова. – СПб. : Речь, 2002. – 415 с.

230. Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Стресс и поисковая активность / В.С. Ротенберг, В.В. Аршавский // Вопросы философии. – 1979. – № 4. – С. 25 – 33.

231. Рохлин Л.Л. «Сознание болезни» и его значение в клинической практике / Л. Л. Рохлин // Клиническая медицина. – 1957. – № 9. – С. 11 – 20.

232. Роль и место медицинской психологии в системе медицинской помощи населению / В.В. Кришталь, Б.В. Михайлов, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова // Медицинская психология. – 2006. – Т.1, № 1. – С. 3 – 6.

233. Руис Лоренсо А. Психокультуральное наследие от Чернобыля: пятнадцать лет спустя / А. Руис Лоренсо // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2001. – № 1. – С. 120 – 124.

234. Руис Лоренсо А. Психология здоровья. Методологические основы и направления деятельности / А. Руис Лоренсо // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2000. – № 2. – С. 39 – 42.

235. Руководство практического психолога: Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / А.Д. Андреева и др.; Рос. акад. образования, Психол. ин-т / Под ред. И.В. Дубровиной. – 3-е изд., стер. – М. : Изд. центр "Академия", 1998. – 166,[1] с.: ил.

236. Сабанадзе О.І. Соціально-психологічні фактори дезадаптивності та її корекція у підлітків: Автореф. дис. ...канд. психол. наук: 19.00.07 / О.І. Сабанадзе; НПУ ім. Драгоманова. – К., 1997. – 19 с.

237. Савенко Ю.С. Проективные методы в исследовании бессознательного / Ю. С. Савенко // Бессознательное: природа, функции, методы исследования. В 4-х т. / Под общ. ред. А.С. Прангишвили. – Тбилиси : Мецниереба, 1978. – Т.3. – С. 26 – 29.

238. Савенкова І. Локалізація ступеня суб'єктивної виразності болю в онтогенетичній розгортці хворих на хронічні пульмонологічні розлади / І. Савенкова // Психологія і суспільство. – 2006. – № 1. – С. 134 – 142.

239. Савенкова І. Фактор часу та проблема психодіагностики гастроентерологічних розладів / І. Савенкова // Психологія і суспільство. – 2005. – № 1. – С. 92 – 98.

240. Савчин М. В. Духовний потенціал людини / М. В. Савчин. – Івано-Франківськ : Вид-во "Плай" Прикарпатського ун-ту, 2001. – 203 с.

241. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака / К. Саймонтон, С. Саймонтон; пер. с англ. М.В.Бадхен. – 3-е изд., испр. – СПб. : Питер, 2001. – 286,[1] с.

242. Свиницкий А.С., Соловьева Г.А. Патогенез язвенной болезни в свете современных представлений / А.С. Свиницкий, Г.А. Соловьева // Сучасна гастроентерологія та гепатологія. – 2000. – №1. – С.26 – 28.

243. Свінницький А.С., Зубрицький О.С. Динаміка психофізіологічного статусу організму та співвідношення його з типом загально-адаптивних реакцій організму у хворих у період загострення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки / А.С. Свінницький, О.С. Зубрицький // Сучасна гастроентерологія. – 2002. – № 4(10). – С. 32 – 37.

244. Свободное тело: Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике / Ред.-сост. В.Ю. Баскаков. – М. : Ин-т общегуманит. исслед., 2004. – 220, [2] с.

245. Сірко Р. І. Психічне здоров'я у старшому юнацькому віці як предмет психологічного аналізу: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Р. І. Сірко; Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – К., 2002. – 15 с.

246. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е. В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2007. – 349 с.

247. Сидоров П.И. и др. Системная оценка качества жизни больных с психосоматическими заболеваниями / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова // Психическое здоровье. – 2006. – № 1. – С. 39 – 44.

248. Силуянова И.В. Духовность как способ жизнедеятельности человека / И. В. Силуянова // Философские науки. – 1990. – № 12. – С. 100 – 104.

249. Смирнов В.М., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы психологического исследования внутренней картины болезни / В. М. Смирнов, Т. Н. Резникова // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике: [под ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова]. – Л. : Медицина, 1983. – С. 38 – 62.

250. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики / Л.Н. Собчик. – М. : Просвещение, 1990. – 47 с.

251. Соколова Е.Т. К теоретическому обоснованию проективного метода исследования личности / Е. Т. Соколова // Бессознательное: природа, функции, методы исследования: в 4-х т. / Под общ. ред. А.С. Прангишвили. – Тбилиси : Мецниереба, 1978. – Т.3. – С. 3 – 8.

252. Соловьев В.С. Сочинения: в 2-х т. / В. С. Соловьев. – М. : Мысль, 1988. – Т.1. – 822 с.

253. Соммерз-Фланаган Дж., Соммерз-Фланаган Р. Клиническое интервьюирование / Дж. Соммерз-Фланаган, Р. Соммерз-Фланаган; пер. с англ. – 3-е изд. – М. : Издательский дом «Вильямс», 2006. – С. 306 – 329.

254. Сохань Л. В., Єрмаков І. Г. Мистецтво життєтворчості особистості: [наук.-метод. посібник]: У 2 ч. / Ред. В.М. Доній; Ін-т змісту і методів навчання. – К., 1997. – Ч. 1.– 391 с.

255. Тараненко Н.Е. Внутренняя картина болезни у детей с хроническими соматическими заболеваниями / Н. Е. Тараненко // Практична психологія і соціальна робота. – 2002. – № 2. – С. 48 – 50.

256. Татенко В. А. Психология в субъектном измерении: [монография] / В. А. Татенко. – К. : Вид. центр “Просвіта”, 1996. – 404 с.

257. Теслюк П.В. Проблеми символічної репрезентації психіки суб'єкта / П.В. Теслюк // Практична психологія і соціальна робота. – 1999. – № 6. – С. 17 – 20.

258. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: структурно-генетичний підхід: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.01 / Т. М. Титаренко; КДУ ім. Т. Шевченка. – К., 1994. – 48 с.

259. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності / Т. М. Титаренко. – К. : Либідь, 2003. – 376 с.

260. Толстограєва О.Ю., Лукашенко М.В. Актуальні питання психічного здоров'я молоді в умовах сьогодення / О.Ю. Толстограєва, М.В. Лукашенко // Практична психологія і соціальна робота. – 2007. – № 8. – С. 1 – 3.

261. Торохтий В. С. Методика диагностики психологического здоровья семьи / В. С. Торохтий // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. – № 7. – С. 35 – 38.

262. Торохтий В. С. Методика диагностики психологического здоровья семьи / В. С. Торохтий // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. – № 8. – С. 51 – 65.

263. Тхостов А.Ш. Интрацепция в структуре внутренней картины болезни: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / А.Ш. Тхостов; МГУ им. М. В. Ломоносова. – М., 1991. – 36 с.

264. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни / А.Ш. Тхостов, Г.А. Арина // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях: Сб. науч. тр. / Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева; [Ред. Л. И. Вассерман, В. П. Зайцев]. – Л.: Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т, 1990. – С. 32 – 38.

265. Фадєєнко Г.Д. Функціональні захворювання органів травлення. Сучасний стан проблеми / Г. Д. Фадєєнко // Сучасна гастроентерологія. – № 2. – 2001. – С. 7 – 10.

266. Федотова В.Г. Душевное и духовное / В.Г. Федотова // Философские науки. – 1988. – № 7. – С. 50 – 58.

267. Франкл В. Человек в поисках смысла: [сборник] / В. Франкл; пер. с англ. и нем. – М. : Прогрес, 1990. – 368 с.

268. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе. Очерк истории психоанализа: [сборник / перевод; введ. И. Ермакова] / З. Фрейд. – СПб. : Алетейя, 1998. – 250,[1] с
269. Фрейд З. Психология бессознательного: [сб. произв.] / З. Фрейд; сост. науч. ред., вст. сл. М. Г. Ярошевский. – М. : Просвещение, 1989. – 448 с.
270. Фролова Ю.Г. Самоконтроль и здоровье человека / Ю. Г. Фролова // Вестник Белорусского ун-та. Сер. 3. – 2000. – № 1. – С. 50 – 55.
271. Фролова Ю.Г. Личность и болезнь (обзор современных зарубежных исследований) / Ю. Г. Фролова // Вестник Белорусского ун-та. Сер. 3. – 1999. – № 1. – С. 26 – 29.
272. Фрумкин Я.П., Мизрухин И.А. Личность и психическое заболевание / Я.П. Фрумкин, И.А. Мизрухин // Проблемы личности: Материалы симпозиума. – Т.2. – М. : Ин-т ф-фии АН СССР, 1970. – С. 150 – 157.
273. Хаскельберг М.Г. Представление о здоровье и болезни у народных целителей / М.Г. Хаскельберг // Журнал прикладной психологии. – 2005. – № 2-3. – С. 113 – 119.
274. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Культура, эмоции и психическое здоровье / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Вопросы психологии. – 1999. – № 2. – С. 61 – 74.
275. Хомык В. С. Теоретико-методологические проблемы изучения социального здоровья личности. Феноменологичный подход / В. С. Хомык // Мир психологии. – 1998. – № 1 (13). – С. 184 – 206.
276. Хомик В.С. Психологическое здоровье личности. Структурно-феноменологический подход / В.С. Хомик // Практична психологія і соціальна робота. – 1999. – № 5. – С. 5 – 9.
277. Хомич И.И. Естественные детерминанты здоровья / И.И. Хомич // Здравоохранение Белорусии. – 1991. – № 2. – С. 36 – 43.
278. Хомская Е.Д. Нейропсихология индивидуальных различий / Е. Д. Хомская. – Вестник Московского ун-та. Сер. 14, Психология. – 1996. – № 2. – С. 24 – 32.
279. Хомская Е.Д. и др. Межполушарная организация мозга и субъективная оценка здоровья / Е.Д. Хомская, Е.В. Будыка, И.В. Ефимова // Вестник Московского ун-та. Сер. 14, Психология. – 1995. – № 2. – С. 20 – 29.

280. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ / К. Хорни. – М. : Прогресс-Универс, 1993. – 480 с.
281. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб. : Питер, 1999. – 608 с.
282. Циммерман Я.С. Язвенная болезнь и проблема *Helicobacter pylori*-инфекции: новые размышления, факты, предположения / Я.С. Циммерман // Клиническая медицина. – № 4. – 2001. – С. 67 – 70.
283. Циммерман Я.С., Белоусов Ф.В. Психосоматическая медицина и проблемы язвенной болезни / Я.С. Циммерман, Ф.В. Белоусов // Клиническая медицина. – 1999. – № 8. – С. 9 – 15.
284. Циммерман Я.С., Белоусов Ф.В. Состояние психической сферы у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и методы ее коррекции / Я.С. Циммерман, Ф.В. Белоусов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 3. – С. 75 – 78.
285. Чарлтон Э. Основные принципы обучения здоровому образу жизни / Э. Чарлтон // Вопросы психологии. – 1997. – № 2. – С. 3 – 14.
286. Чирков В.И., Дисси Э.Л. Связи между здоровьем студентов и их жизненными стремлениями, восприятием родителей и учителей / В.И. Чирков, Э.Л. Дисси // Вопросы психологии. – 1999. – № 3. – С. 48 – 57.
287. Чурин Б.В. Влияние курения на двигательную активность верхних отделов пищеварительного тракта у здоровых и больных язвенной болезнью / Б.В. Чурин // Клиническая медицина. – 1995. – № 4. – С. 63 – 65.
288. Шарабаро В.И. Клинические особенности заболевания, психологические изменения личности и активность антиоксидантной системы у больных язвенной болезнью / В.И. Шарабаро // Клиническая медицина. – 2001. – №5. – С. 39 – 40.
289. Шевалев Е.А. О переживании болезни / Е. А. Шевалев // Советская психоневрология. – 1936. – № 4. – С. 19 – 34.
290. Шевандрин Н. И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности / Н. И. Шевандрин. – М. : Владос, 1998. – 256 с.
291. Шептулин А.А., Марданова О.А. Обсуждение проблемы инфекции *Helicobacter pylori* в ходе Европейской гастроэнтерологической недели (1-5.11.2003, Мадрид) / А.А. Шептулин, О.А. Марданова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2004. – Т. XIV, № 2. – С. 88 – 92.

292. Шестопалова Л.Ф. Внутренняя картина болезни при депрессивных состояниях разного генеза: Автореф. дис. ... канд. психол. наук (19.00.04) / Л.Ф. Шестопалова; МГУ им. Ломоносова – М., 1983. – 21 с.

293. Шестопалова Л.Ф. Порушення вищих психічних функцій та особистості у хворих із різними формами судинних захворювань головного мозку: Автореф. дис. ... д-ра псих. наук (19.00.04) / Л.Ф. Шестопалова; Київський ун-т ім. Т.Г.Шевченка – К., 1993. – 40 с.

294. Шестопалова Л.Ф. Психологія лікувального процесу: сучасні проблеми та перспективи дослідження / Л.Ф. Шестопалова // Медицинская психология. – 2006. – Т. 1, № 4. – С. 30 – 32.

295. Шестопалова Л.Ф. Реабилитация больных с посттравматическими стрессовыми расстройствами: принципы и подходы к психокоррекционной работе / Л.Ф. Шестопалова // Архив психиатрии. – 2001. – Т.4, № 27. – С. 83 – 86.

296. Шпирна А.И. и др. Качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / А.И. Шпирна, Р.С. Богачев, В.А. Шкитин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1996. – Т. 6, № 4, прил. № 3. – С. 90 – 91.

297. Штрахова О.В. Психология здоровья и концепция качества жизни в клинической психологии / О.В Штрахова // Ежегодник Рос. психологического общества: Мат. Третьего Всероссийского съезда психологов, Санкт-Петербург, 25-28 июня, 2003. – Т.8. : Философия. – СПб., 2003. – С. 501 – 504.

298. Шульте Д. Психическое здоровье, психическая болезнь, психическое расстройство / Д. Шульте // Клиническая психология / Под ред. М.Перре, У.Бауманна. – СПб. (и др.) : Питер, 2002. – С. 49 – 65.

299. Щеглов Л.М. Психология соматического больного / Л.М. Щеглов // Медицинская психология. – 2006. – Т. 1, № 3. – С. 22 – 28.

300. Юнг К. Г. Психологические типы / К. Г. Юнг. – СПб. : Ювента, 1995. – 252 с.

301. Юдин Б. Г. Здоровье: факт, норма и ценность / Б. Г. Юдин // Мир психологии. – 2000. – № 1 (21). – С. 54 – 68.

302. Юнг К. Г. Проблемы души нашего времени / К. Г. Юнг. – М. : Просвещение, 1993. – 336 с.

303. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. – М., 1999. – С. 7 – 34.
304. Яньшин П.В. Практикум по клинической психологии: Методы исследования личности / П.В.Яньшин. – СПб. : Питер: Питер-принт, 2004: ГП Техн. кн. – 331 с.
305. Яценко Т.С. По той бік символіки психомалюнків / Т.С. Яценко // Практична психологія і соціальна робота. – 1999. – № 7. – С. 25 – 26.
306. ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologist technical bulletin. Health maintenance for perimenopausal women // International Journal Gynecology Obstetric. – 1995. – № 51. – P. 171 – 181.
307. Association of patients' perception of health status and exercise electrocardiogram, myocardial perfusion imaging, and ventricular function measures / J.A.Mattera, C.M.De Leon, F.J.Wackers, C.S.Williams, Y.Wang, H.M.Krumholz // Am Heart Journal. – 2000. – Sep;140(3). – P. 359 - 360.
308. Becker P. Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle / P. Becker. – Gottingen, 1995. – 475 s.
309. Brzezinska A. Vychova ke zdravi: vyzva I sance nebo novy totalitarizmus? / A. Brzezinska // Problematika vychovy deti a mladeze ke zdravemu zpusobu zivota v evropskych zemich: Sbornik prispevku z 1. mezinarodni konference evropskych zemi. Masarykova univerzita. – Brno, 1997. – S. 109 – 110.
310. Burns R.S., Kaufman S.H. Action, style and symbols in kinetik family drawings: An interpretative manual / R.S. Burns, S.H. Kaufman. – N.Y. – L., 1972. – 245 p.
311. Cain J., Stacy L., Jusenius R., Figge D. The quality of dying: financial, psychological and ethical dilemmas / J. Cain, L. Stacy, R. Jusenius, D. Figge // Obstetric Gynecology. – 1990. – № 76. – P. 149 – 152.
312. Callahan K., Secrest J. Health Perception and Social Role Following Cardiac Rehabilitation: A study of King's definition of health. [Електронний ресурс]: by The University of Arizona College of Nursing / K. Callahan, J. Secrest // Режим доступу: <http://www.juns.nursing.arizona.edu/articles/Fall%202002/Callahan.htm>.
313. Calman K.C. The potential for health / K.C. Calman. – Oxford, New York, Tokyo, 1998. – 270 p.

314. Christensen A.J., Moran P.J., Wiebe J.S. Assessment of irrational health beliefs: relation to health practices and medical regimen adherence / A.J. Christensen, P.J. Moran, J.S. Wiebe // Health psychology. – 1999. – V. 18, № 2. – P. 169 – 176.
315. Downie R. S., Tannahill C., Tannahill A. Health Promotion. Models and Values / R. S. Downie, C. Tannahill, A. Tannahill. – Oxford, 1996. – 216 p.
316. Dunbar H.F. Emotions and Bodily Changes / H.F. Dunbar. – N.Y., 1938. – 347 p.
317. Engelhardt K. Der Patient in seiner Krankheiten / K. Engelhardt. – Stuttgart, 1971. – 286 s.
318. Eurenus E., Brodin N., Lindblad St. Predicting physical activity and general health perception among patients with rheumatoid arthritis / E. Eurenus, N. Brodin, St. Lindblad // Journal of rheumatology. – 2007. – Vol. 34, № 1. - P. 10 – 15.
319. Experimental evidence for stages of health behavior change / Weinstein N.D., Lyon J.E., Sandman P.M., Guite C.L. // Health psychology. – 1998. – V.17, № 5. – P. 445 – 453.
320. Farberow N.L. The many faces of suicide / N.L. Farberow. – New York, 1980. – 287 p.
321. Fortune G., Barrowclough Ch., Lobban F. Illness representations in depression / G. Fortune, Ch. Barrowclough, F. Lobban // British Journal Clinical Psychology. – 2004. – V. 43, N 4. – P. 347 – 364.
322. Frank L.K. Projective methods for the study of personality / L.K. Frank // Journal Psychology. – 1939. – № 8. – P. 35 – 46.
323. Freeman F.S. Theory and Practice of Psychological Testing / F.S. Freeman. – N.Y., 1959. – 435 p.
324. Goodwin R., Engstrom G. Personality and the perception of health in the general population / R. Goodwin, G. Engstrom // Psychological Medicine. – 2002. – № 32. – P. 325 – 332.
325. Goodwin R., Olfson M. Self-perception of poor health and suicidal ideation in medical patients / R. Goodwin, M. Olfson // Psychological Medicine. – 2002. – № 32. – P. 1293 – 1299.
326. House J., Landis K., Umberson D. Social relationships and health / J. House, K. Landis, D. Umberson // Science. – 1988. – 241. – P. 540 - 545.
327. Hufeland C.W. Was ist Krankheit? / C.W. Hufeland. – Darmstadt, 1975. – S. 19-23.

328. Igra V., Irwin C.E. Theories of adolescent risk – taking behavior / V. Igra, C.E Irwin // Handbook of adolescent health risk behavior. – N.Y., 1996. – P. 35 – 51.
329. Jahoda M. Current concepts of positive mental health / M. Jahoda. – New York, 1958. – 465 p.
330. Jang Y., Kim G., Chiriboga D.A. Health perception and depressive symptoms among older Korean Americans / Y. Jang, G. Kim, D.A. Chiriboga // Journal of cross-cultural gerontology. – 2006. – Vol. 21, n 3-4. – pp. 91 – 102.
331. Jarallah J.S., Al-Shammari S.A. Factors associated with health perception of Saudi elderly / J.S. Jarallah, S.A. Al-Shammari // Journal of Cross-Cultural Gerontology. – 1999. – V. 14, № 4. – P. 323 - 334.
332. Koch Ch. Le fast de l'arabe / Ch. Koch. – Paris, 1958. – 243 p.
333. Lipman A.G. Rheumatoid Arthritis: Newest Strategies to Control the Pain / A.G. Lipman // Consultant. – 1999. – № 4(Apr). – P. 1228 – 1244.
334. Lipowski Z.J. Psychosocial reactions to physical illness / Z.J. Lipowski // Can. Med. Assoc. Journal. – 1983. – V.128. – P. 1054 – 1058.
335. Lutz R., Mark N. Wie gesund sind Kranke? / R. Lutz, N. Mark. – Gottingen, 1995. – 318 s.
336. Main C.J. The modified somatic perception questionnaire (MSPQ) / C.J. Main // Journal Psychosomatics Res. – 1983. – V. 27, № 6. – P. 78 – 84.
337. Medical downgrading, self-perception of health, and psychological symptoms in the British Armed Forces / R.J.Rona, R.Hooper, N.Greenberg and etc. // Occupational and Environmental Medicine. – 2006. – № 63. – P. 250 – 254.
338. Menninger K. The human mind / K. Menninger. – New York, 1946. – 457 p.
339. Ogden J. Health psychology / J. Ogden. – Buckingham, Philadelphia, 1997. – 336 p.
340. Overbeck G., Biebl W. Psychosomatische Modellvorstellungen zur Pathogenese der Ulcuskrankheit. Psyche / G. Overbeck, W. Biebl. – Stuttg., 1975. – 542 s.
341. Patients' perception of health on renal replacement therapy: evaluation using a new instrument / I. H. Khan, A. M. Garratt, A. Kumar and etc. // Nephrology Dialysis Transplantation. – 1995. – № 10. – P. 684 - 689.

342. Peterson Ch., De Avila M.E. Optimistic explanatory style and the perception of health problems / Ch. Peterson, M.E. De Avila // *Journal of Clinical Psychology*. – 1995. – Vol. 51, Is. 1. – P. 128 – 132.

343. Phull P., Ryder S., Halliday D. The economic and quality of life benefits of *Helicobacter pylori* eradication in chronic duodenal ulcer disease – a community – based study / P. Phull, S. Ryder, D. Halliday // *Postgrad. Med. Journal*. – 1995. – Vol. 71, № 837. – P. 413 – 418.

344. Puchalski K. Kryteria zdrowia w wiadomo ci potocznej. *Promocja Zdrowia* / K. Puchalski // *Nauki Spoleczne i Medycyna*. – 1994. – № 1-2. – P. 53 – 69.

345. Problematika vychovy deti a mladeze ke zdravemu zpusobu zivota v evropskych zemich: Sbornik prispevku z 1. mezinarodni konference evropskych zemi. Masarykova univerzita. – Brno, 1997. – 294 st.

346. Rampal P., Ruszniewsky P., Boureau F. Pain and quality of life in patients with acute duodenal ulcer treated with ranitidine / P. Rampal, P. Ruszniewsky, F. Boureau // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 1995. – Vol. 9, № 4. – P. 433 – 439.

347. Reis V.A., Zaidel D.W. Functional asymmetry in the human face: Perception of health in the left and right sides of the face / V.A. Reis, D.W. Zaidel // *Laterality*. – 2001. – № 6 (3). – P. 225 – 231.

348. Sacks C.R., Peterson R.A., Kimmel P.L. Perception of illness and depression in chronic renal disease / C.R. Sacks, R.A. Peterson, P.L. Kimmel // *American Journal of Kidney disease*. – 1999. – Vol.15, № 1. – P. 31 – 39.

349. Salyers V., Hunter A., McGuire Sh. Cross-Cultural Reliability of the Health Perception Index and the Health Control and Competence Index / V. Salyers, A. Hunter, Sh. McGuire // *Journal of Nursing Scholarship*. – 2006. – Vol. 38, N 4 (December). – P. 387 – 391(5).

350. Schottenloher G. Kunst- und Gestaltungstherapie / G. Schottenloher. – Berlin: Volk und Wissen, 1989. – 276 s.

351. Schwarzer R. Optimism, goals, and threats: How to conceptualize self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors / R. Schwarzer // *Psychology and Health*. – 1998. – № 13. – P. 759 – 766.

352. Sheridan E. P., Matarazzo J. D., Boll T. J., Perry N. W., Weiss S. M., Belar S. D. Post-Doctoral Education and Training for Clinical Service Providers in Health Psychology / E. P. Sheridan,

J. D. Matarazzo , T. J. Boll, N. W. Perry , S. M. Weiss , S. D. Belar // Health Psychology. – 1998. – № 7. – P. 1 – 17.

353. Slonska Z. Misiuna M. Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów / Z. Slonska, M. Misiuna .– Warszawa : Agencja Promo-Lider, 1993. – P. 68.

354. Tapp J.T., Warner R. The multisystems view of health and disease / J.T. Tapp, R. Warner // Behavioral medicine. The biopsychosocial approach. – Hillsdale, 1985. – P. 1 – 23.

355. Taylor S. E. Health Psychology / S. E. Taylor . – New York : McGraw-Hill, 1991. – Vol. 2. – P. 5.

356. Tomoaki K., Junichi N. Health-related quality of life in outpatients of a psychosomatic medicine clinic: A pilot survey in Japan / K. Tomoaki, N. Junichi // Tokaj Journal Experimental and Clinical Medicine. – 2004. – 29, N 4. – P. 135 – 141.

357. Tomaszewski T. Człowiek w sytuacji / T. Tomaszewski // T. Tomaszewski. Psychologia. – Warszawa : PWN, 1975. – P. 17 – 36.

358. Vondracek V., Dobias J. Lekarska psychologie / V.Vondracek, J. Dobias. – Praha, 1969. – 420 s.

359. Wichowski H.C., Kubsch S.M. The relationship of self-perception of illness and compliance with health care regimens / H.C. Wichowski, S.M. Kubsch // Journal Adv. Nursing. – 1997. – Mar., 25 (3). – P. 548 – 553.

360. World Health Organisation Ottawa Charter for Health Promotion // Canadian Journal Public Health. – 1986. – V. 77, № 6. – P. 5 – 13.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Орієнтовна схема проведення інтерв'ю з лікарями

1 частина

1. Хто спонукав Вас до вибору професії медичного працівника?
2. Чи була якась інша альтернатива?
3. Наскільки підготувало Вас до професійної діяльності навчання у вузі?
4. Які асоціації виникають у Вас із вивченням медичної психології у медичному вузі?
5. Яку гостру стресову ситуацію Вам довелося пережити у своїй лікувальній практиці?
6. Ви припускаєте співпрацю з медичним психологом?
7. Особистість лікаря і особистість пацієнта – наскільки важливі для Вас характеристики?
8. Як Ви оцінюєте ставлення лікаря до чергового пацієнта як до “цікавого випадку”?
9. Як Ви долаєте синдром хронічної втоми, властивий для медичних працівників?
10. Чи є товариство медиків і чи ви вступили в нього?

2 частина

1. Із якими характерологічними рисами неможливо, а той небезпечно працювати лікарем?
2. Чи буваєте Ви роздратованим у спілкуванні зі своїми колегами? У яких ситуаціях?
3. Чи не впливає хронічна втома та емоційне перегорання на подальшу трудову діяльність, на сімейне життя, на спосіб і стиль життя?
4. Чи захоплюєтеся Ви якоюсь системою оздоровлення? Як ставляться до цього Ваші члени сім'ї?
5. Які фактори, на Вашу думку, впливають на процес взаємодії між лікарем і пацієнтом?
6. Які характеристики Ви б включили в образ ідеального лікаря?

7. Чи зустрічався “ідеальний лікар” у Вашому досвіді та чи мали Ви для наслідування вчителя-лікаря?

8. Чи йдуть до Вас на прийом члени Вашої сім’ї та родини, близькі друзі?

9. Наскільки терапевт повинен володіти й використовувати психотерапевтичні техніки? Яка категорія пацієнтів легше піддається психотерапевтичному впливу?

10. Як Ви долаєте дефіцит часу під час прийому та лікувального процесу?

Визначення здоров'я за різними авторами

“У тілі людини є чотири соки: кров, флегма, жовта і чорна жовч... Якщо соки змішані в певних кількостях і нормальні, – людина здорова”.

Авіценна

“Здоров'я є умовою гармонійного розвитку людини і в той самий час показником рівня соціально-економічного розвитку суспільства”.

О. М. Анохін

“Фізичне здоров'я – динамічний стан організму, який визначається резервами енергетичного, пластичного і регулярного забезпечення функцій, характеризується стійкістю до розвитку патогенних чинників та здатністю компенсувати патологічний процес, а також є основою здійснення соціальних (праця) і біологічних функцій”.

Г. Л. Апанасенко

“Здоров'я людини – щастя. Найбільше щастя полягає в пречудовій мудрості. Людське щастя розкривається в розсудливості та цнотливості. Насолода людини – у діяльності, а фізичний стан має поєднуватися з душевною активністю”.

Арістотель

“Здоров'я – це перша і найважливіша потреба людини, що визначає її здатність до праці, гармонійний розвиток особи, вона є головною передумовою до пізнання оточуючого світу, до самоствердження і щастя людини, до подальшого розвитку людського суспільства.”

М. С. Бєдний

“Здоров'я полягає у здатності організму зберігати рівновагу відповідно до віку та соціальних запитів, за якої організм у рівних межах вільний від невдоволеності, дискомфорту та хвороб і яка сприяє виживанню виду”.

Г. Блюм

“Здоров’я людини – це багатомірний і водночас цілісний феномен гармонійної життєдіяльності людини. Воно знаходить свій вираз через взаємоузгоджені стани, явища і процеси формування, зміцнення, збереження, споживання, відновлення, передачі фізичних, психічних, соціальних і духовних складових життєдіяльності людини, груп людей, спільнот, суспільства в цілому”.

Т. Є. Бойченко

“Здоров’я – такий стан організму людини, коли функції всіх його органів і систем врівноважені із зовнішнім середовищем і відсутні будь-які хворобливі зміни. Саме поняття «здоров’я», як і поняття «норма», є умовним і об’єктивно встановлюється на основі антропометричних, клінічних, фізіологічних і біохімічних показників”.

Л. О. Брусиловський

“Здоров’я – це рівновага між індивідумом і оточуючим середовищем... є проблемою свідомості й розумного способу життя кожного окремо, гармонії розуму та почуттів”

П. Вебер

“Здоров’я – це рівновага та гармонія чотирьох соків, споріднених частин, органів, нарешті, сил, що керують усім організмом”.

Гален

“Здоров’я – це стан, ... в якому ми не відчуваємо болі і який не заважає виконувати функції нашого щоденного життя: брати участь у керівництві, митися, пити та їсти і робити все, що ми хочемо”.

Гален

“Здоров’я – це пропорційність між самістю організму та його наявним буттям... воно полягає в рівномірному відношенні органічного та неорганічного, коли для організму немає нічого неорганічного, чого він не спроможний був би подолати”.

Гегель

“Здоров’я – це стан життєдіяльності, що відтворює необхідну повноту атрибутів життя людини, що розвиваються”.

В. Д. Жирнов

“Якщо фізіологічні та психологічні процеси перебувають у відповідності та гармонії один з одним, тоді такий стан означатиме здоров’я... Здоров’я людини характеризується як гармонійний розвиток, за якого всі сторони її життєдіяльності: фізіологічні та психічні, фізичні й духовні, біологічні та соціальні, – перебувають у відповідності одна до одної”.

О. М. Ізуткін

“Ми визначаємо здоров’я індивіда як динамічний стан, процес збереження і розвитку його біологічних, фізіологічних та психічних функцій, оптимальної працездатності за максимальної тривалості життя”.

В. П. Казначеев

“Здоров’я людини – це гармонійна єдність біологічних і соціальних якостей, зумовлених природженими та набутими біологічними і соціальними явищами”.

Ю. П. Лисицин

“Здоров’я – це стан, за якого всі функції тіла та розуму зберігають нормальну активність”.

Медична енциклопедія, Філадельфія, 1964

“Здоров’я – правильна, нормальна діяльність організму”.

Є. І. Ожегов

“Здоров’я – стан рівноваги між вимогами середовища та силами організму”.

О. О. Остроумов

“Здоров’я – це позитивне поняття, що наголошує на суспільних і персональних ресурсах, а також на фізичних спроможностях”.

Оттавська хартія, 1986

“Здоров’я – природний стан організму, що є виразом його досконалої саморегуляції, гармонійної взаємодії всіх органів і систем та динамічної рівноваги з оточуючим середовищем”.

С. М. Павленко

“Під здоров’ям у загальному плані розуміють можливість людини адаптуватися до змін оточуючого середовища, взаємодіючи з ним вільно, на основі біологічної, психологічної та соціальної сутності людини”.

М. Попов, П. Михайлов

“Здоров’я – це стан певного соціально-біологічного та психологічного благополуччя, коли функції всіх органів і систем організму людини врівноважені із соціальним середовищем і відсутні будь-які захворювання, хворобливі стани та фізичні дефекти”.

А. Ф. Семенко, В. В. Єрмаков

“Здоровою може вважатися людина, яка відзначається гармонійним фізичним і розумовим розвитком і добре адаптована до оточуючого її фізичного та соціального середовища. Вона повністю реалізує свої фізичні та розумові здібності, може пристосуватися до змін оточуючого середовища, якщо вони не виходять за межі норми, і робить свій посильний внесок у благополуччя суспільства, сумірний із його здібностями. Здоров’я тому не означає просто відсутність захворювань: це щось позитивне, це життєрадісне й охоче виконання обов’язків, що їх життя покладає на людину”.

Г. Сигерист

“Здоров’я – це такий стан, коли всі частини організму організовані й функціонують у такий спосіб, щоби забезпечити людині можливість доброго життя та збереження виду. Здоров’я – це стан, що узгоджується з природою”.

О. Тьомкін

“Хіба здоров’я не диво?”

А. П. Чехов

Українські приказки та прислів'я про здоров'я

Часом влучний короткий вислів — більш ємний, ніж наукове визначення. Коли не вистачає слів, можливо, доречним буде використання оригінальних, перевірених століттями коротких, але глибоких за змістом приказок і прислів'їв, цих своєрідних “формул” здоров'я.

Аби моя голова здорова була, то все гаразд буде.

Без здоров'я нема щастя.

Без здоров'я ніщо людині не миле.

Бережи і шануй честь змолоду, а здоров'я — під старість.

Бережи одержу, коли нова, а здоров'я — коли молода.

Бувай здорова, як риба, гожа — як вода, весела — як весна, робоча — як бджола, багата — як земля свята!

Було б здоров'я, а все інше наживемо.

Вартість здоров'я знає лише той, хто його втратив.

Весела думка — половина здоров'я.

Веселий сміх — здоров'я.

Все можна купити, тільки здоров'я — ні.

Дай, Боже, здорово сходити, а на друге заробити!

Дай, Боже, разом двоє: щастя і здоров'я!

Держи голову в холоді, а живіт у голоді — будеш здоровий.

Держи голову в холоді, ноги в теплі, проживеш довгий вік на землі.

Добра жінка і здоров'я — то найбільший скарб.

Добре здоровому вчити хворого.

Добрі зуби й камінь їстимуть.

Журба здоров'я відбирає, до гробу попихає.

Здоровий злидар щасливіший від багача.

Здоровий хворого не розуміє.

Здоровому все здорово.

Здоровому все на здоров'я йде.

Здоровому пироги не шкодять.

Здоров'я більше варте, як багатство.

Здоров'я – всьому голова.

Здоров'я входить золотниками, а виходить пудами.

Здоров'я – це маєток.

Здоров'я – найдорожчий скарб.

Здоров'я маємо – не дбаємо, а втративши – плачемо.

Їж – не переїдайся, пий – не перепивайся, говори – не переговорюйся, то будеш здоров.

Коли б голова здорова, то будуть воли та корови.

Ліпше здоров'я, як готові гроші.

Над здоров'ям нема старшого.

Найбільше щастя в житті – здоров'я.

Не просімо хліба у Бога, а просімо здоров'я.

Поки чоловік здоров, то здоров'я не шанує.

Світ великий – було б здоров'я.

То слабого питають, а здоровий, що впіймає, то змеле.

Той здоров'я не цінить, хто хворий не був.

Хай Бог дасть на здоров'я!

Хіба треба у недужого питати, чи бажає він здоров'я мати?

Хто здоров, той ліків не потребує.

Хоч не скоро, та здорово.

Худоба – річ набута, а здоров'я – ні.

Щоб ти був здоров, як вода!

Як на душі, так і на тілі.

Як я здоров, то мені й хрін за цукор.

Який “Здоров!”, такий “Помагай-Бог!”

Як хочеш здоров'я мати, мусиш рано вставати, а звечора рано лягати.

СЛОВНИК ОСНОВНИХ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ

Аутогенне тренування (від грецьких слів autos — сам, ugenos - рід) – «тренування, *що* самопороджує», в його основі лежить застосування спеціальних формул самонавіювання, які дозволяють впливати на процеси, що відбуваються в організмі, в тому числі й ті, які не піддаються контролю свідомості у звичайних умовах.

Агнозія – причиною є органічне ураження головного мозку (інцефаліт).

Агресивна поведінка – специфічна форма дій людини, яка характеризується демонстрацією переваг у силі або застосуванням сили по відношенню до іншої людини чи групи людей, яким суб'єкт прагне причинити збитки.

Агресія – індивідуальна чи групова поведінка, дія, спрямована на нанесення фізичної чи психологічної шкоди, образи або на знищення іншої людини чи групи людей.

Адаптація (лат. adaptare - пристосовувати) – це активна системна відповідь функцій організму, спрямована на підтримку гомеостазу (внутрішньої сталості) та створення адекватної врегульованої програми.

Активність – 1) властивість організму і психіки (фізична і психічна); 2) властивість особистості.

Акцентуації характеру – це крайні варіанти норми, при яких окремі риси характеру надмірно посилюються, внаслідок чого виявляється вразливість щодо психогенних впливів.

Аналіз опору – передбачає висвітлення всього, що перешкоджає процесові психотерапії, та усвідомленню справжніх проблем.

Андрогінія – інтеграція жіночого емоційно-експресивного стилю з чоловічим інструментальним стилем діяльності, свобода тілесних експресій і переваг позбавлення жорсткого диктату статевих ролей.

Арт-терапія – відображає процес інтеграції трьох самостійних напрямів – медичного, соціального та педагогічного – і виявляється в застосуванні художньої творчості як лікувального, відволікаючого та гармонійного фактору.

Астенія – нервово-психічна слабкість, що виявляється в підвищеній стомлюваності, виснаженні, зниженні порогів відчуттів, нестійкості настрою, порушенні сну.

Аутичне мислення – відрив від реальної дійсності, занурення в світ уяви, фантастичних переживань.

Біологічний зворотний зв'язок (БЗС) – в основу покладені різні інструментальні прийоми реалізації зворотного зв'язка, дозволяє навчитися свідомому контролю й довільному впливу на ряд неусвідомлюваних процесів (функцій) в організмі (біоелектрична активність мозку, серцевий ритм, показники температури тіла, тиск крові, м'язова релаксація й ін.).

Валеологія – комплексна наука про здоров'я, яка вивчає фізіологічні та психологічні можливості людини, закономірності їх розвитку, а також способи вдосконалення з метою зміцнення фізичного, психічного та соціального здоров'я.

Галюцинації (від лат. - «марення») – патологічне порушення, що полягає у сприйнятті об'єктів, котрі в даний момент не діють на відповідні органи почуттів.

Гендер – у психології – соціально-біологічна характеристика, за допомогою якої люди дають визначення поняттям «чоловік» і «жінка». Оскільки стать (sex) є біологічною категорією, соціальні психологи часто посилаються на ті гендерні розмежування, що обґрунтовані біологічно, як на «статеві».

Гендерна роль – це набір очікуваних зразків поведінки (норм) для чоловіків і жінок.

Дезадаптація – порушення адаптаційних процесів особистості.

Депресія (від лат. depressio - пригнічення) – це афективний стан, що характеризується негативним емоційним станом, зміною мотиваційної сфери, когнітивних порушень і загальною пасивністю поведінки.

Депривація – втрата чогось через недостатнє задоволення певної важливої потреби. *Види:* емоційна, сенсорна, соціальна, психічна.

Деструктивність – подолання відчуття неповноцінності шляхом знищення, підкорення або приниження інших;

Духовне здоров'я – багатством світу особистості, знанням і сприйняттям духовної культури (цінностей науки, освіти, мистецтва, релігії, моралі, етики тощо.), охоплює рівень свідомості, особливості світогляду, життєвої самоідентифікації, ставлення до сенсу життя, оцінку власних здібностей і можливостей їх реалізації відповідно до індивідуальної ментальності.

Едіпів комплекс — це сукупність психічних процесів, що, згідно з психоаналізом, формуються у хлопчиків унаслідок витіснення в ранньому дитинстві потягу до матері і відповідно ворожості до батька (як до суперника).

Екстремальні стани — це стани, яким притаманна надмірна нервово-емоційна напруга, що супроводжується виснаженням механізмів адаптації.

Емоції — особливий вид психічних станів, які відображають ставлення до навколишнього світу, до інших людей, до самого себе та до результатів діяльності.

Емпатія — співпереживання, розуміння почуттів, що переживає інша людина, і відповідне виявлення своїх почуттів.

Життєвий стиль — засіб досягнення мети.

Залежність (у широкому розумінні слова) — це та або інша форма рабства, що обмежує можливості людини і зменшує її схильність до саморозвитку.

Здоров'я — це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб або фізичних вад.

Здоровий спосіб життя — це активна діяльність людей, спрямована на збереження й покращення здоров'я.

Ігрова терапія — керується тим, що гра є природним засобом для самозображення дитини. Вона дає дитині нагоду «обіграти» її почуття й конфлікти.

Ідеомоторне тренування (ІТ) — полягає у свідомому активному уявленні техніки рухів.

Інконгруентність — напруження, тривога. Проявляється в виразах «я не можу прийняти рішення», «я не знаю чого хочу», «я ніколи не зможу зупинитись на чомусь визначеному».

Інтерес — форма вияву пізнавальної потреби, що забезпечує спрямованість особистості на усвідомлення цілей діяльності та сприяє ознайомленню з новими фактами дійсності.

Інтерпретація — полягає в позначенні того чи іншого явища, його психоаналітичному тлумаченні та «перекладі» на побутову мову клієнта.

Інтроекція — вкидання, включення індивідом у свою психіку поглядів, думок тощо інших людей без розрізнення ним власних і чужих уявлень.

Іпохондрія — перебільшення небезпеки захворювання.

Клінічна психологія – спеціальність, що має міжгалузевий характер та бере участь у розв'язанні комплексу задач у системі охорони здоров'я, народної освіти, соціальної допомоги населенню.

Когнітивна психотерапія – ґрунтується на відпрацьовуванні оптимальних прийомів оцінювання й самооцінювання поведінкових стереотипів.

Конформність – абсолютне підпорядкування соціальним нормам, що регулюють поведінку, через що людина стає такою, як всі інші, поводить за загальноприйнято.

Маскулінність і фемінінність (від лат. *maskulinus* - чоловічий, *femininus* - жіночий) – нормативні уявлення про соматичні, психічні та поведінкові властивості, характерні для чоловіків і жінок.

Медитація – походить від латинського *meditatio* – «зосередженість», метод самозаглиблення, що у клінічній психології найчастіше позбавлений релігійних коренів, його також застосовують як процес знаходження самості.

Медична антропологія спрямована на проведення крос-культурних досліджень із питань здоров'я й хвороби.

Медична психологія – галузь психології, що вивчає психологічні аспекти діяльності лікаря та особливості хворого.

Метод – шлях наукового пізнання, засіб, за допомогою якого пізнається предмет науки.

Музикотерапія - вплив музики на психіку і соматіку (від грецького «*soma*» - тіло).

Навичка – усталений спосіб виконання дій, сформований у результаті багаторазових повторень; характеризується великим ступенем засвоєння і відсутністю поелементної свідомої регуляції і контролю (навички рухові, інтелектуальні, перцептивні.).

Навіюваність – ступінь сприйнятливості до навіювання, що визначається суб'єктивною готовністю піддатися і підкоритися навіюваній дії.

Нав'язливі стани – мимовільно, раптово виявлені у свідомості обтяжуючі думки, уявлення або збудження до дії, що сприймаються людиною як чужі, емоційно неприємні.

Наслідування – копіювання будь-якого прикладу, взірця. Відтворення дій, ідеалів, рис характеру, творчої манери інших осіб.

Невроз – психогенний (як правило, конфліктогенний) розлад, що виникає в результаті порушення особливо значущих життєвих

стосунків людини й виражається в специфічних клінічних феноменах за умови відсутності психотичних явищ.

Невропатія – порушення емоційно-вольової сфери, зумовлене нестійкістю регуляції вегетативних функцій.

Неконгруентність – розбіжності між усвідомленням, досвідом і повідомленням про досвід.

Нервова анорексія – формується патологічна потреба у голодуванні.

Підкріплення – будь-який стимул, що збільшує ймовірність певної реакції, фактор розвитку дитини, котрий виявляється у винагороді, схваленні, позитивній оцінці.

Превенція – профілактика (запобігання, охорона), що стосується попередження деструктивної поведінки, алкоголізму, наркоманії, СНІДу, хибного способу життя, небажаних психічних чи соматичних розладів.

Прогноз – це передбачення подальшого розвитку особистості за умови своєчасної корекції та за відсутності такої.

Проективний малюнок – це метод, що ґрунтується на теорії психомоторного зв'язку. Будь-яке уявлення (думка, образ), що виникає в психіці, закінчується рухом.

Професійна адаптація – це процес встановлення (відновлення) і підтримки динамічної рівноваги в системі «суб'єкт праці - професійне середовище».

Психічна реабілітація – система медико-психологічних, педагогічних, соціальних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію чи компенсацію порушення психічних функцій, станів, особистісного чи соціально-трудового статусу особи, яка перенесла травму чи захворювання.

Психічне здоров'я – повноцінний розвиток і злагоджена робота всіх психічних функцій. Стан душевного благополуччя, що характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів і що забезпечує адекватну до умов навколишньої дійсності регуляцію поведінки, діяльності; внутрішній стан людини, який забезпечує адекватну дійсності регуляцію поведінки; самовиховання особистості, яке має складну будову; індивідуальні характеристики психічних процесів і властивостей людини - особливості мислення, характеру, психоемоційного типу (зокрема збудженість, емоційність, чутливість),

які зумовлюють силу і швидкість реакцій на подразники та життєві ситуації, рівень стресу, вірогідність афектів, уявлення почуття тощо.

Психічне саморегулювання – це свідомий вплив людини на властиві їй психічні явища (процеси, стани, властивості), виконувану діяльність, власну поведінку з метою підтримки (збереження) або зміни характеру їхнього протікання (функціонування).

Психоаналіз – ґрунтується на принципі визначального впливу минулого досвіду на формування світовідчуття, певної манери поведінки людини, її внутрішніх і зовнішніх проблем.

Психогігієна – наука про шляхи збереження й зміцнення психічного здоров'я – має особливе значення у зв'язку з психоемоційними чинниками в діяльності людини та розвитком захворювань, ускладненням міжособистісних взаємин на виробництві й у побуті; наука, що вивчає проблему психічного здоров'я та впливу на нього різноманітних чинників навколишнього середовища й розробляє заходи, спрямовані на збереження та зміцнення психічного здоров'я з метою забезпечення гармонічного психічного і духовного розвитку особистості.

Психогігієна спорту – одна з галузей медичної психології, що вивчає умови й передумови, розробляє та здійснює заходи, спрямовані на збереження та зміцнення забезпечення психічного здоров'я спортсменів.

Психокорекційний тренінг – тренінг, спрямований на корекцію психічних процесів, формування певних якостей і здібностей особистості.

Психологічна адаптація – це процес взаємодії особистості із середовищем, в якому особистість повинна враховувати особливості середовища для здійснення своїх потреб.

Психологічна корекція – це тактовне втручання у процеси психічного і особистісного розвитку людини з метою виправлення відхилень у цих процесах.

Психологічна терапія та реабілітація – це система спеціальних психологічних методів оздоровчого впливу на людину для нормалізації її психічного стану - під час перебування у важкому стресі, при психогеніях (непатологічних станах психіки).

Психологічне здоров'я – динамічний стан суб'єктивного внутрішнього благополуччя особистості, до якого вона прагне на будь-якому етапі свого розвитку, дозволяє їй вільно (без внутрішніх

перешкод) актуалізувати свої індивідуальні та психологічно-вікові можливості.

Психологічний (емоційний, другосі пальний) стрес – це той різновид континуума стресових станів, що значною мірою варто віднести до негативних і позитивних почуттів та емоцій.

Психологічний експеримент – це спосіб чуттєво-предметної діяльності в науці, метод пізнання психічної реальності.

Психологія здоров'я – це наука про психологічні причини здоров'я, про методи і засоби його розвитку, зміцнення та збереження.

Психопатії – патологічний, психічний стан особистості, який характеризується дисгармонійністю.

Психорегулююче тренування (ПРТ) – є варіантом аутогенного тренування, адаптованого до умов занять спортом. Рекомендується людям, які добре володіють релаксацією м'язів, практично здоровим, приділяють велику увагу розвитку координації рухів.

Психотерапія – вид психологічної допомоги, зорієнтований на розв'язання глибинних особистісних проблем людини, що визначають більшість її життєвих труднощів і конфліктів.

Релаксація (від лат. relaxation - зменшення напруги, послаблення) – стан спокою і розслаблення, що виникає у суб'єкта внаслідок зняття напруги, після сильних переживань або фізичних зусиль.

Рефлексія – здатність людини до самопізнання, вміння аналізувати свої власні дії, вчинки, мотиви й зіставляти їх із суспільно значущими цінностями, а також з діями та вчинками інших людей.

Самоактуалізація (від лат. actualis-дійсний, справжній) – прагнення людини до найбільш повного, по можливості, прояву і розвитку своїх особистісних можливостей.

Самонавіювання – психічний вплив людини на саму себе, процес вироблення в себе нових установок, психічних станів шляхом повторення собі словесних формул чи викликання яскравих уявлень.

Самооцінка – оцінка суб'єктом самого себе, своїх можливостей, досягнень, якостей порівняно з іншими людьми.

Самопереконавання – це процес доведення собі необхідності розвитку окремих якостей чи властивостей особистості,

необхідності певних дій для досягнення власного вдосконалення або мети діяльності.

Саморегуляція (від лат. *regulare* - приводити в порядок, налагоджувати) – свідомо-вольове керування внутрішніми процесами власної психіки, що дозволяють дати «вихід почуттю» у формі, що не ображає інших, а також цілеспрямовано впливати на зміну свого емоційного стану.

Самоспостереження – інтроспекція-погляд на самого себе.

Соціальна медицина — наука, що вивчає вплив чинників соціального середовища на здоров'я населення і обґрунтовує засоби впливу шляхом оптимізації охорони здоров'я та медичної допомоги.

Соціальне здоров'я – характеризується рівнем соціалізації особистості, ставленням до норм і правил, прийнятих у суспільстві, соціальними зв'язками з людьми і соціальними інститутами, набутим соціальним статусом та прагненням до його підвищення у межах діючих законів і моральних традицій, джерелами і рівнем доходів і витрат тощо.

Соціально-педагогічна реабілітація (*rehabilitatio* - пізньо лат., відновлення) – комплекс психолого-педагогічних умов і заходів, спрямованих на відновлення в дітей з функціональними відхиленнями максимальної самостійності в житті й у різних видах діяльності.

Соціально-психологічна профілактика – система заходів, спрямованих на охорону психічного здоров'я; попередження неблагополуччя в розвитку людини, групи, суспільства; створення психологічних умов, сприятливих для цього розвитку.

Соціально-психологічний тренінг – тренінг, спрямований на розвиток комунікативних здібностей, міжособистісних стосунків, уміння встановлювати й розвивати взаємини тощо.

Страх – емоція, що виникає за умови небезпеки біологічному і соціальному існуванню індивіда, спрямована на джерело реальної чи уявлюваної небезпеки.

Стрес – стан організму, що виникає у відповідь на дію несприятливих зовнішніх чи внутрішніх факторів.

Стресостійкість - це захист фізичного й психічного здоров'я індивіда від впливу чинників стресу.

Сублімація – перетворює енергію збуджень на культурно визнані форми; раціоналізація є пізнішим перетлумаченням подій (атрибуцією) з метою прийнятного обґрунтування.

Тривога – емоційний стан, що виникає в ситуації невизначеної безпеки і проявляється в очікуванні неблагополучного розвитку подій.

Тривожність – схильність індивіда до переживання тривоги, що характеризується низьким порогом виникнення реакції тривоги.

Фізичне (соматичне) здоров'я – це природний стан організму, що забезпечує нормальне функціонування всіх органів і систем людини. Якщо добре працюють всі органи і системи, то весь організм правильно функціонує, фізично розвивається; характеризується особливостями анатомічної будови тіла, рівнем фізичного розвитку органів і систем організму, якості фізіологічних функцій у різних умовах довкілля, під час спокою та руху.

Фобії (від гр. - «страх») – нав'язливі неадекватні хвилювання жахів конкретного змісту, що охоплюють суб'єкта у визначеній (фобічній) обстановці і, супроводжуючись вегетативними дисфункціями (серцебиття, рясного поту тощо).

ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

А

Автономія 53

Автономність 66

Агресія 62, 66, 136, 138, 139

Адаптація 111

Акцептація 66, 67

Аутогенне тренування 87, 141

Б

Біологічні чинники 27

Біомедична модель здоров'я 65

Біосоціальна модель здоров'я 65

Біохімічні резерви організму 34

Біхевіоральне здоров'я 15

В

Відчуження 115

Відповідальність 117, 124, 151, 153, 158, 159, 163, 164, 165, 179, 181, 183, 185, 188, 215

Вікова психогігієна 14, 101

Віра 142, 143, 144, 146

Витіснення 35, 115, 118, 230

Витривалість 74, 89

Внутрішня картина здоров'я 70, 225,

Внутрішньоособистісний стрес 132

Воля 53, 60, 74, 94, 164, 165

Г

Гедоністичне ставлення до життя 67

Гіперкомпенсація 99

Гнучкість мислення 67

Д

Демографічні змінні 31

Депресивні стани 80, 83

Депресія 80, 81, 82, 83

Довіра 39, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150

Довірчі стосунки 146, 149, 150

Духовне здоров'я 23, 35

Е

Екологічний стрес *131, 132*

Емоційні патерни *30*

Емпатійне розуміння *36*

Епідеміологія *13*

Еталони здоров'я *42, 45*

Етика *54, 56, 73, 181*

Етичні принципи *180*

Ж

Життєдіяльність *17, 28, 44, 64, 181*

Життєвий шлях *157, 161, 172*

Життєві проблеми *58*

З

Заангажованість *67, 110*

Заміщення *83, 115, 119, 120, 134*

Заперечення *33, 115, 152, 275*

Захисні реакції *113, 290*

Здорова особистість *18, 48, 49, 58*

Зрілість *21, 35, 39, 59, 94, 100*

І

Ідентичність *45, 50*

Ідентифікація *72, 118, 240*

Ідеомоторне тренування *89*

Індивідуальність *163, 188*

Індивідуальне соціальне здоров'я *110*

Індивідуальні особливості *95, 175*

Іntenційність *25*

Інформаційний стрес *131*

Ірраціональна віра *143*

Й

Йога *88, 227*

К

Катарсис *115, 120*

Когнітивні фактори *30*

Компенсація *97, 98, 99*

Комунікація *105*
Конфіденційність *182*
Концентрація на проблемі *53*
Копінг *31, 32, 50*
Креативність *21, 37, 50, 54*
Критерії здоров'я *20*

Л

Локус-контроль *136, 200, 218, 219*
Людська спорідненість *54*

М

Медитація *88, 228*
Медична антропологія *13*
Медична модель здоров'я *65*
Медична психологія *7, 14, 15*
Медична соціологія *13*
Механізм компенсації *96, 103*
Міжособистісний стрес *131, 132*
Мовна діяльність *95*

Н

Науковість мислення *67*
Невпевненість *139, 152, 153, 168*
Недосконалість *55*
Нездоров'я *29, 59, 112*

О

Організаційна патологія *133*
Особистісна психогігієна *100*
Особистісний стрес *132*

П

Пікові переживання *53*
Поведінкові патерни *29*
Позитивний емоційний стан *78*
Потенціал здоров'я *25*
Поточні дефініції здоров'я *24*
Почуття гумору *20, 21, 50, 54, 57, 141*
Придушення *140*

Прийняття 35, 36, 38, 146, 178
Принципи розвитку особистості 61
Проекція 115, 117
Промоція здоров'я 177, 180
Професійна мобільність 163
Професійна самостійність 163
Професійні дефініції здоров'я 24
Професійний стрес 132
Психічне здоров'я 5, 18, 19, 35, 36, 38, 43, 45, 52, 76, 79, 83, 90, 107, 108, 113, 137, 180
Психічні резерви організму 35
Психічна рівновага 19, 46
Психічний стан 88, 94, 99, 124, 138, 151
Психогігієна 100
Психогігієна праці 100
Психогігієна колективного життя 100
Психогігієна відпочинку 101
Психогігієна побуту 101
Психологічний захист 105, 114, 118, 120
Психологічний стрес 31, 124, 131
Психологія здоров'я 16, 44
Психом'язове тренування 89
Психопрофілактика 102

Р

Раціоналізація 115, 116, 117, 165
Раціональна віра 143
Реабілітація 102, 103
Робочий стрес 132
Рівновага 111, 172, 300

С

Самоакцептація 67
Самоактуалізація 108, 152, 172
Самоконтроль 21, 24, 90, 91, 93, 94, 95, 98
Самооцінка 30, 83, 96, 117, 137, 141, 146, 150, 151, 153, 168
Самопереконавання 88
Самопізнання 35, 162
Самопочуття 24, 38, 71, 137

Саморегуляція 22, 32, 35, 65, 86, 87, 89, 103
Саморозуміння 35
Свіжість сприйняття 52
Сновидіння 119, 120
Соціальне здоров'я 22, 33, 49, 110, 111, 112
Соціальний інтерес 66
Соціальна підтримка 31
Спеціальна психогігієна 101
Спонтанність 53
Спосіб життя 8, 27
Сприйняття реальності 52
Стан фрустрації 87
Страх 94, 95, 115, 123, 125, 127, 152
Стрес 6, 122, 123, 124, 125, 126
Стресори 32
Структурні резерви організму 34
Сублімація 115, 120
Суспільний стрес 132
Схильність до усамітнення 53

Т

Толерантність 21, 66, 163
Тривога 139, 140, 239
Тривожність 138, 139, 140, 272, 274

У

Упевненість 143, 147, 151, 195

Ц

Ціннісно-соціальна модель здоров'я 65

Ф

Фаза авторитету 158
Фаза адаптації 157
Фаза адепта 157
Фаза інтерналу 157
Фаза майстерності 157
Фаза наставництва 158
Фаза оптації 157
Фактори здоров'я 10

Фізична підготовка 33
Фізичне здоров'я 22, 33, 127
Фізичний розвиток 33
Фізіологічний стрес 124
Фізіологічні резерви організму 34
Фінансовий стрес 132
Фрустрація 60, 138, 272
Функціональна підготовка 33
Функціональний критерій 24
Функціональні резерви організму 34

Я

Я-концепція 106, 107, 159
Я-образ 29, 81, 105, 106, 107

ПОКАЖЧИК ІМЕН

А

Абульханова-Славська К. 44
Адлер А. 98
Акбашев Т. 25
Альошина Ю. 185
Ананьєв Б. 9, 71
Анохін П. 95, 96, 164, 299
Арджирис К. 134

Б

Балл Г. 44
Бернс Р. 74
Бєлов В. 48
Бодальов О. 183, 185
Бодров В. 132
Бондаренко О. 48, 183, 185
Болтivecь С. 48
Боришевський М. 44, 50
Братусь Б. 42, 46, 48
Брехман І. 25

В

Васильєва О. 42, 48, 59
Волков С. 25

Г

Галецька І. 7, 9, 60, 65, 110
Гехт К. 102
Гешен І. 15, 179
Говорун Т. 50
Гримак Л. 129
Гроф С. 73
Гундаров І. 25
Гурвич І. 14
Гутцвіллер Ф. 111

Д

Давиденко Д. 42

Е

Елліс А. 65, 66, 67

Енкельман Н. 61, 62, 63

Еріксон Е. 144

Ж

Жанрі О. 111

З

Зіглер Д. 43

К

Каган В. 71

Казначеев В. 301

Калітеєвська Є. 42

Калью П. 63, 65

Карпенко З. 49

Климов Е. 157

Корсаков С. 18

Котова А. 48

Куніцина В. 147

Л

Лалонд М. 27

Ленгле А. 21

Литвак М. 44

Ложкін Г. 9, 17, 20, 50, 71, 73, 80, 93, 98, 104

Ломов Б. 147

Лоулер Е. 161

М

Магльований А. 48

Маслач К. 130, 131, 231

Маслоу А. 36, 42, 51, 107, 108, 159, 160

Матараццо Д. 8, 12, 13

Мей Р. 21

Мерль Г. 71

М'ясищев В. 20, 37

Н

Никифоров Г. 7, 14, 29, 30, 31, 34, 74, 75, 86

Ницше Ф. 109

Носкова О. 6, 7, 17, 20, 71, 73, 80, 97, 98, 104

О

Ожегов С. 25, 301

Олпорт Г. 42, 55, 56, 57, 58, 59

Орлов Ю. 42

П

Пезешкіан Н. 39

Перлз Ф. 36

Петренко В. 25, 42

Петровська Л. 185

Портер Л. 161

Пучальський К. 24

Р

Ранк О. 73

Ратайчак З. 148

Роджерс К. 28, 38, 42, 149

Розін В. 44

Ромен А. 86

С

Сафонов В. 147

Сельє Г. 123, 124, 126

Скрипкина Т. 156

Сосновський Т. 7, 9, 127

Столін В. 183, 185

Т

Татенко В. 50

Тейлор Ш. 9, 148

Тимофєєв В. 89

Титаренко Т. 50

Тойч Ч. 73

Толкунова І. 17, 20, 71, 73, 80, 93, 98

Ф

Філатова Ф. 42

Франкл В. 59, 60, 61, 109, 217

Фрейд З. 27, 35, 56, 73, 117, 118

Фрейденбергер Х. 130

Фромм Е. 143

Х

Хаббард Р. 73

Херцліх К. 24

Х'єлл Л. 43

Ш

Шостром Е. 94

Ю

Юнг К. 27

Я

Яценко Т. 48

Навчальне видання

Коцан Ігор Ярославович
Ложкін Георгій Володимирович
Мушкевич Мирослава Іванівна

Психологія здоров'я людини

Навчальний посібник

Редактор і коректор *Г. О. Дробот*

Верстка *М. Б. Філіповича*

Підп. до друку 15.01.2009. Формат 60×84¹/₁₆. Папір офс. Гарн. Таймс. Друк цифровий. Обсяг 18,37 ум. друк. арк., 16,3 обл.-вид. арк. Наклад 300 пр. Зам. 2147. Редакційно-видавничий відділ “Вежа” Волинського національного університету імені Лесі Українки (43025, м. Луцьк, просп. Волі, 13). Друк – РВВ “Вежа” ВНУ ім. Лесі Українки (м. Луцьк, просп. Волі, 13). Свідоцтво Держ. комітету телебачення та радіомовлення України ДК № 3156 від 04.04.2008 р.