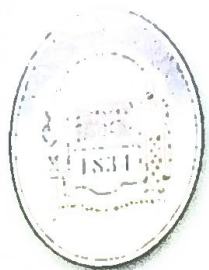




ISSN 1728-3817 (загальний)

ISSN 1728-2322 (серійний)



ВІСНИК

КИЇВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА

**СОЦІОЛОГІЯ
ПСИХОЛОГІЯ
ПЕДАГОГІКА**

17-18

2003

У вісниках наведено результати теоретичних, прикладних та науково-експериментальних досліджень з актуальних питань соціології, психології, педагогіки та соціальної роботи.

Для науковців, викладачів, соціальних працівників, практичних психологів, студентів.

Visnik ussue deals with the results of theoretical, empirical and scientific - experimental researches in the actual problems of sociology, psychology, pedagogics and social work.

It is of interest to scientists, teachers, social workers, psychologists-practitioners and students.

Редакційна колегія:

В.Б.Євтух, чл.-кор. НАН України, д-р іст. наук, проф. (відп. наук. ред.); **В.І.Тарасенко**, д-р соціол. наук, проф. (заст. відп. ред.); **Л.Ф.Бурлачук**, д-р психол. наук, проф. (заст. відп. ред.); **О.В.Рудоміна-Дусятська**, канд. психол. наук, доц. (відп. секр.); **Н.М.Бібік**, чл.-кор. АПН України, д-р пед. наук, доц.; **В.І.Волович**, д-р філос. наук, проф.; **А.П.Горбачик**, канд. фіз.-мат. наук, доц.; **Л.В.Губерський**, чл.-кор. НАН України, д-р філос. наук, проф.; **Н.М.Дем'яненко**, д-р пед. наук, проф.; **М.Н.Корнєв**, канд. філос. наук, доц.; **С.Д.Максименко**, д-р психол. наук, проф.; **Л.М.Паламар**, д-р пед. наук, проф.; **А.О.Ручка**, д-р соціол. наук, проф.; **Г.М.Сагач**, д-р пед. наук, проф.; **Т.Б.Тихонова**, канд. психол. наук, доц.; **Т.М.Титаренко**, д-р психол. наук; **Ю.Л.Трофімов**, д-р психол. наук, проф.; **В.М.Фомічова**, канд. психол. наук; **В.В.Чепак**, канд. соціол. наук, доц.; **В.Г.Чугаєвський**, канд. пед. наук, доц.; **Ю.М.Швалб**, д-р психол. наук; **Ю.І.Яковенко**, д-р соціол. наук, проф.

Адреса редакційної колегії: 02017, Київ-117, вул. Володимирська, 60, Київський національний університет імені Тараса Шевченка, кафедра загальної та інженерної психології, ☎239 3225.

Автори опублікованих матеріалів несуть повну відповідальність за підбір, точність наведених фактів, цитат, економіко-статистичних даних, відповідної галузевої термінології, імен власних та інших відомостей. Редколегія залишає за собою право скорочувати та редагувати подані матеріали. Рукописи та дискети не повертаються.

- нервова система переважно забезпечує можливість рухатися;
- рухи відбивають стан нервової системи;
- якість руху легше визначити ззовні;
- завдяки рухам набувається значний тілесний досвід;
- рухи виступають базисом для відчуттів, почуттів і думок;
- рух – основа самоусвідомлення [2, с.86].

Використовувана нами техніка ґрунтується на роботі з "маскою". Людиною рухає бажання краще усвідомлювати і протидіяти базисним установам структури свого характеру, відкриваючи ті перекручені аспекти "Его", що виявилися "замороженими" на фізичному й емоційному рівнях. Робота над маскою дозволяє індивіду зазирнути в себе і позитивно сприйняти життя, відмовившись від зовнішньої маски його неприйняття.

В. Райх говорив, що у стані здоров'я ми здатні довіряти своїм людським реакціям на хід подій. Якщо ми по-справжньому розуміємо себе і максимально звільнилися від панцирів, а також знаємо, де зберігаються наші стримуючі патерни, то ми зможемо розуміти оточуючих і власні реакції.

Найважливішим елементом нашої роботи є контакт. Нас цікавить контакт, який член групи здатен встановити з тренером та іншими її членами, зі "світом" групи, через оцінку іншими зовнішнього вигляду учасника групи, виконання ним фізичних і голосових вправ, способу вираження емоцій.

Особливо важливою є робота з диханням. У межах тілесно-орієнтованого підходу Райх звертав увагу на те, як клієнти дихають і як порушення повноцінного здорового дихання викликають появу неврозу і водночас свідчать про його присутність. Знаючи, що

здорове правильне дихання є винятково важливим для самопочуття, ми все ще не ставимо собі на меті навчити людей дихати і не наважуємо їм ніяких патернів. При звільненні людини від м'язового напруження і ригідності мислення її дихання стає більш невимушеним, природним, здоровим.

Тілесна терапія дозволяє клієнтам знаходити свої відповіді на болючі для них питання, хоч вона і має власні підходи. Мета її полягає в тому, щоб дати людині можливість заглибитися в себе, тим самим надаючи їм можливість діяти на свій розсуд, за власними переконаннями і обраними нею самою способами. І це передбачає роботу з індивідумом, в якій необхідними будуть зоровий, фізичний, емоційний контакти.

При проведенні тілесної терапії Райха у групах студентів факультету соціального управління Академії праці і соціальних відносин впродовж 2001–2002 років ефективність цієї технології визначалася на основі самозвітів членів груп. Самозвіти виконувались двома способами: вербальні самозвіти та анкетування методом Q-сортування за методикою І. Ялома.

У загальному ранжуванні усіх 60 ефектів корекційного впливу (таблиця) у групі студентів (2001 рік) на перше місце вийшла характеристика 6 – усвідомлення свого існування; у групі (2002 рік) – характеристики 1 – міжособистісне навчання (входження) та 3 – групова згуртованість.

При виборі 10 самих значущих ефектів корекційного впливу технології тілесної терапії місця розташовувались у порядку, наведеному у таблиці.

Характеристики психологічного впливу (2001)	Вибори	Характеристики психологічного впливу (2002)	Вибори
1. Міжособистісне навчання (входження)	33	3. Групова згуртованість	50
3. Групова згуртованість	31	2. Катарсис	27
2. Катарсис	30	1. Міжособистісне навчання (входження)	24
6. Усвідомлення свого існування	26	12. Наслідування	23
5. Міжособистісне навчання (вихід)	23	11. Керівництво	22

У подальших дослідженнях ми збираємося порівняти показники ефективності психотерапевтичного впливу на особистість у групах тілесної терапії та групах психосинтезу, транзактного аналізу, казкотерапії.

1. Лоуэн А. Терапия, которая использует язык тела. – СПб., 2000. 2. Руководство по телесно-ориентированной терапии. – СПб., 2000. 3. Инновационная психотерапия. / Под ред. Дж. Джонса. – СПб., 2001.

Надійшла до редколегії 12.12.02

О.В.Корнієнко, канд. психол. наук

БАГАТОФАКТОРНІСТЬ МОДЕЛЕЙ ПОВЕДІНКИ ЛЮДЕЙ, ОРІЄНТОВАНОЇ НА ХВОРОБУ ЧИ ЗДОРОВ'Я

Розглянуто дослідження досить широкого спектра поведінкової активності людей: від прагнення до здоров'я, підтримання гармонійного стану благополуччя, самореалізації особистості у повсякденному житті до протилежних тенденцій, орієнтованих на пошук ефективних методів та доступності засобів лікування, переживання хвороби, тощо.

The present article includes broad findings of human behavioural activity: from aspiration to health, keeping the harmonious condition of well-being and personal self-realization in the everyday life up to opposite tendencies oriented to the search of effective methods

and availability of treatment methods, emotional experience of illness.

Орієнтація на збереження здоров'я, а саме, на профілактику та раннє виявлення хвороби, зумовлює залежність ефективності багатьох оздоровчих програм від бажання людей зайняти активнішу позицію щодо власного здоров'я. Незважаючи на те, що більшість людей хотіли б мати позитивні наслідки від участі в оздоровчих програмах (загальних медичних оглядах, щепленнях та інших профілактичних заходах), рівень схильності до рекомендованого медичного лікування залишається низьким [1].

Немає простої та однозначної відповіді на запитання, чому деякі люди активно цікавляться своїм здоров'ям, а інші – ні. Існують роботи науковців біхевіоріального напрямку щодо визначення та пояснення чинників добровільної поведінки, орієнтованої на власне здоров'я, що пов'язується з її комплексністю та багатофакторністю. В огляді літератури [2] про використання заходів для підтримання здоров'я та відповідних для цього умов виділено шість напрямків для пояснення даної поведінки: економічний, соціодемографічний, географічний, соціопсихологічний, організаційний.

За останні 20 років опубліковано значну кількість теоретичних концепцій з метою оцінки діяльності, пов'язаної із здоров'ям людини. Найбільш важливими з погляду "передбачуваних можливостей" та поширеності виявилися дві моделі: про здорову та хворобливу поведінку [3–8].

І хоч 14 моделей відрізняються в теоретичному відношенні щодо пояснення типів поведінки, термінів, змінних загальних груп факторів, які включені в кожну із цих моделей, загалом вони є дещо подібними. Наприклад, усі ці визначення включають одну чи більше змінних, які відбивають оцінку індивідом різного ставлення до свого здоров'я, а саме: "переваги в лікуванні", "цінності системи охорони здоров'я" та "переваги діяльності, спрямованої на збереження здоров'я".

Метою даної статті є детальний змістовний аналіз праць фахівців з біхевіоральної психології стосовно двох можливих стратегій поведінки людей, орієнтованої на моделі хворобливої чи здорової поведінки.

Розроблені моделі [3–6, 8–13] включають змінні, які оцінюють сприйняття індивідом загрози хвороби та ставлення до цього: "перцептивна прихованість симптомів", "оцінка симптомів", "чуттєвість симптомів", "чуттєве сприйняття хворобливого стану".

Загалом 10 із 14 моделей включають змінні, що відносяться до факторів забезпечення охорони здоров'я: "доступність засобів лікування", "фінансові витрати на лікування", "наявність спортивних споруд" та "відстань до місць занять спортом". Список цих змінних та коротку характеристику кожної моделі наведено в табл. 1.

Таблиця 1

Моделі здорової та хворобливої поведінки

Модель	Передбачувані змінні	Характеристики передбачення	Зауваження (доповнення)
Андерсен	Використання можливостей охорони здоров'я	Структура сім'ї, вік, стать і кількість членів сім'ї. Характеристики соціальної структури сім'ї: головний годувальник, зайнятість, соціальне походження, рівень освіти, професія, раса, етнічність. Уявлення про медичне обслуговування, лікарів та хворобу. Фінансові можливості сім'ї сплачувати за медичне обслуговування. Суспільні можливості, які оцінюються через доступність медичного обслуговування та рівень медичної освіти в суспільстві. Сприйняття статусу здоров'я. Реакція на хворобу.	Суть моделі полягає в тому, що обсяг медичних послуг, що їх отримує сім'я, буде функцією від складу сім'ї, соціальної структури, уявлення про здоров'я, ресурсних можливостей на рівні сім'ї та суспільства, характеристик (статусу здоров'я) сім'ї.
Андерсен і Варткус	Вибір альтернативних медичних послуг	Оцінка оточуючими адекватності сприйняття медичного обслуговування. Сприйняття та відчуття симптомів хвороби. Потреба в медичному обслуговуванні. Можливості сплачувати за медичні послуги. Доступність медичних послуг. Постійний сімейний лікар. Соціодемографічний фактор.	За цією моделлю соціопсихологічні фактори, такі як симптом чутливості до хвороб, оцінка служб охорони здоров'я, потреба в медичному обслуговуванні та можливість сплачувати за медичні послуги безпосередньо впливають на вибір медичних закладів. Соціодемографічні та екологічні фактори розглядаються як такі, що опосередковано впливають на функціонуючі соціопсихологічні змінні.
Антоновскі і Кац	Поведінка здоров'я	Стан здоров'я оцінюється як бажання індивідуума витратити багато грошей та часу на підтримання здоров'я, а також на обговорення питань здоров'я з друзями та родичами. Позитивна мотивація. Знання про хвороби. Діяльність, спрямована на підтримання здоров'я. Фінансові труднощі.	Суть моделі полягає в тому, що мета поведінки має три аспекти: 1) зміцнення здоров'я та уникнення хворобливого стану, 2) досягнення підтримки іншими, 3) самопідтримка. Два інші фактори стимулюють мотивацію: 1) блокування змінних, що негативно впливають на здоров'я, 2) функціонування змінних, які підтримують зв'язок між мотивуючими та блокуючими змінними.
Фабрега	Хвороблива поведінка	Розпізнавання хвороби. Негативні "цінності" хвороби. Плани лікування. Оцінка плану лікування. Переваги лікування. Вартість лікування. Мережа переваг та їх використання. Вибір плану лікування.	Модель включає кілька стадій здобуття інформації, яка керує поведінкою: розпізнавання та оцінка симптомів, обговорення планів лікування, що ґрунтуються на медичних свідченнях пацієнта, порадах друзів фахівців-психологів здоров'я, оцінка індивідом планів лікування, прийняття рішення, володіння інформацією та її оцінка.
Грін	Прийняття поведінки здоров'я	Соціальний тиск. Частота контактів та комунікацій з людьми своєї соціальної групи. Соціальна участь. Відносні переваги діяльності. Контакти та комунікації з людьми інших соціальних класів. Порівняння з існуючими цінностями, минулим досвідом та потребами індивідумів. Складність дій. Повторюваність. Спостережливість. Соціодемографічні	Дана модель включає три категорії факторів, що впливають на прийняття рішення щодо дотримання здорової поведінки: Вони включають: 1) навколишнє середовище, соціоекономічний рівень та соціальна норма; 2) характеристики людини: контакти та комунікації з індивідуумами поза власної соціальної страти та участь у

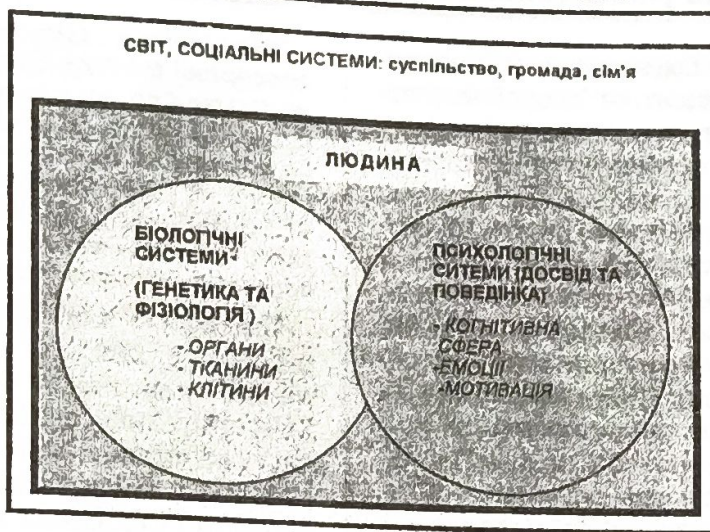
		характеристики.	соціальних групах; 3) характеристики новизни та їх порівняння з існуючими цінностями, минулим досвідом та потребами індивіда.
Хохбаум	Поведінка здоров'я (медичні огляди)	Стах перед інфекційними хворобами. Прихильність до здорового способу життя. Характеристика якості медичного обслуговування з погляду індивідуума. Соціальні впливи. Проява симптомів.	Поведінка розглядається як функція трьох груп факторів: 1) психологічна готовність індивідуума, що включає роздуми про схильність до хвороби та про переваги здорового способу життя; 2) ситуаційний вплив, який включає інтерпретацію прояву симптомів хвороб та вплив інших людей; 3) стан навколишнього середовища
Кар	Поведінка здоров'я (використання контрацептивів)	Соціокультурні детермінанти: соціальні норми, міжособистісний вплив та комунікація. Ситуаційні детермінанти: функціонування служб охорони здоров'я; вартість послуг, відстань до пунктів надання допомоги. Соціопсихологічні детермінанти: наміри, особисті бажання, цінності та попередній досвід звертання до служб охорони здоров'я. Соціокультурні детермінанти: соціальний статус та демографічні показники.	Модель гіпотетично стверджує, що за умови існування всіх детермінант реалізовуватиметься відповідна поведінка. За деяких негативних факторів бажана поведінка залежатиме від їхньої величини і, можливо, реалізуватися не буде.
Касл і Коб	Поведінка здоров'я	Важливість здоров'я, хвороблива увага до стану власного здоров'я. Правдива інформація про заходи, пов'язані зі здоров'ям чи хворобою. Соціальні характеристики. Минулий досвід отримання медичних послуг. Вартість відповідної діяльності (чи бездіяльності). Вірогідність того, що діяльність призведе до бажаного результату. Сприйняття ефективності здорового способу життя.	3 моделі гіпотетично впливає, що поведінка реалізується за відсутності симптомів, при цьому має безпосереднє значення загроза здоров'ю та прихильність до цінностей здорового способу життя. Соціальні характеристики та знання розглядаються як результат сприйняття загрози здоров'ю та цінності відповідних дій та поведінки. Користування медичними послугами; співвідношення цінності активної та пасивної діяльності; очікування того, що діяльність вплине у бажаному напрямку, як індивідуальна віра у цінності здорового способу життя.
Касл і Коб	Хвороблива поведінка та відповідна рольова функція	Важливість здоров'я. Хворобливе сприйняття стану власного здоров'я – причина деяких відхилень у компонентах здоров'я. Сприйняття цінності діяльності, що включає співвідношення витрат на підтримання здоров'я та на саморуйнівну поведінку, а також вірогідності того, що активна діяльність дасть бажані результати. Симптоми болю та дискомфорт. Психологічний дистрес, соціальні характеристики, особиста толерантність до болю та неспроможність протистояти негативним станам.	Ця модель розглядає поведінку людини за наявності симптомів, а також сприйняття нею загрози хвороби та віру в доцільність здорового способу життя; симптоми болю та дискомфорту як результат сприйняття загрози хвороби. Соціальні характеристики, особистісна толерантність до болю, неспроможність протистояти хворобі виділяються як вірогідність непрямого впливу на поведінку. Компонент загрози включає сприйняту можливість здоров'я, сприйняту схильність до хвороби, серйозність наслідків. Компонент цінності включає можливість діяльності, спрямованої на досягнення бажаних результатів, та співвідношення витрат на ведення активного та пасивного способу життя.
Коза і Робертсон	Поведінка здоров'я та хвороби	Оцінка симптомів. Особлива та змінна тривожність. Відповідність знань.	Модель включає чотири компоненти: 1) оцінка порушень чи загрози функціонуванню організму; 2) підвищення тривожності через сприйняття симптомів; 3) використання будь-яких медичних знань; 4) виконання дій для усунення тривожності та стурбованості. Поведінка мотивується основними психологічними потребами особистості для зниження тривожності, причиною якої є загроза хвороби.

Пенані	Поведінка здоров'я (індекс здорової поведінки)	Сприйнята готовність до підтримання здоров'я. Переваги здорової поведінки. Витрати на здорову поведінку. Прямі чи опосередковані виміри локусу контролю здоров'я. Ставлення до людей, які пропонують послуги здоров'я. Родинні та неродинні взаємини. Структура подружніх стосунків. Місцева мобільність. Ситуаційне пригнічення почуттів.	Модель об'єднує компоненти структури віри у здоров'я зі змінними, які відображають ставлення соціальної групи
Меканік	Хвороблива поведінка (включає психічні хвороби)	Виразненість симптома, частота та повторюваність. Толерантність симптомів. Сприйнята гострота симптомів. Потреба в ухиленні. Боротьба потреб. Соціальна активність. Доступна інформація щодо міжкультурних особливостей сприйняття симптомів. Доступність засобів лікування. Фінансові та психологічні витрати, пов'язані з лікуванням.	Модель орієнтується на способи сприйняття, оцінки індивідуумів даних симптомів та їх функціонування.
Розенсток	Рольова поведінка здоров'я, хвороби	Схильність до гостроти сприйняття стану власного здоров'я. Віра у переваги здорового способу життя та доцільність витрат на нього. Загальна мотивація здоров'я. Локус контролю.	Згідно з моделлю, прихильність до здорового способу життя не буде реалізованою доти, поки індивід не буде психологічно готовим до відповідних кроків з урахуванням загрози для здоров'я. Готовність до діяльності визначається тим, до якої міри індивідуум відчуває схильність до неї, а можлива її вірогідність зумовлюється схильністю індивідуума до такої поведінки, що має знизити гостроту його ставлення до стану власного здоров'я, а також упевненістю індивіда в неадекватності витрат на це.
Шухман	Охорона здоров'я. Стадії хвороби: симптоми; рольова поведінка за хвороби; контакти з медичним персоналом; роль пацієнта, його одужання.	Індекс соціальної структури включає: етнічну визначеність, дружню солідарність, орієнтації на сімейні традиції та авторитет. Науково-популярний індекс включає: обсяг знань про хвороби, скептицизм до заходів щодо охорони здоров'я та залежність від хвороби.	За цією моделлю, поведінка медиків під час лікування є похідною від двох факторів: 1) структури соціальної групи індивідуума (широта-вузькість поглядів); 2) орієнтація на здоров'я індивідуума (наукова чи популярна). Індивідууми із широкими науковими поглядами розглядаються як особи, котрі приймають більш раціональні, індивідуальні рішення перед загрозою хвороби. Поведінка осіб з обмеженим інтелектом є емоційною, залежною, консервативною, менш раціональною в ситуації хвороби.

У повсякденному житті часто використовується вислів: "Необхідно зрозуміти людину в її цілісності". Тобто людина та причини її поведінки дуже складні. Багато фахівців у галузі психології здоров'я намагаються розглядати вплив різних факторів життя сучасної людини як загальної цілісності для розуміння стану її здоров'я та проявів хвороби. Цей підхід спирається на біопсихосоціальну модель, яку часто називають *holistic* (холістичною). Цей термін походить від грецького слова *holos*, що означає "цілий" [14]. Із цього закономірно слідує запитання: "Яким чином ми можемо створити концепцію цілісної людини?". Поняття "система" вперше запропонував Л. Берталанфі [15]. Поняття "система" відноситься до динамічної єдності, яка включає постійно взаємодіючі компоненти. Людське тіло характеризується як структура, яка включає імунну та нервову системи, складається з тканин та клітин. Наприклад, сім'я кожної людини – це система, як і колектив, і суспільство. Як системи вони становлять єдності, які за своєю суттю є динамічними та взаємодіють через обмін речовин, енергії та інформації. На рисунку схематично зображено системний підхід, який включає менші, простіші системи в більшій, складнішій. Існують такі поняття, як рівні розвитку системи, наприклад, клітини в ор-

ганізмі людини, котра функціонує в суспільстві. Така система на одному з рівнів – це людина, на яку впливають системи іншого рівня, наприклад сім'я. Те ж саме стосується людини. Так, хвороба в одній частині тіла може мати довготривалі негативні наслідки: якщо ви серйозно пошкодите ногу, внутрішня система організму буде автоматично мобілізуватися для захисту тіла від майбутніх порушень, а дискомфорт та непрацездатність упродовж декількох днів чи тижнів може впливати на ваші соціальні відносини, наприклад, із сім'єю.

За своєю суттю поняття здоров'я та хвороба не зовсім різні конструкти та поведінкові моделі, у чомусь вони збігаються. На думку дослідника А. Антоновського [16], існують дві стратегії поведінки людини, орієнтованої на здоров'я та хворобу, які він розглядає як протилежні кінці життєвого континууму. Автор даної концепції підтверджує свою концепцію міркуваннями про те, що життєвий шлях кожної людини спрямований на вирішенні основного питання, чи залишатися їм здоровими, чи хворіти. У табл.2 наведено модель континууму хвороба/здоров'я.



Біопсихосоціальна модель [14]

Конструкт: континуум хвороба/здоров'я [16]

Таблиця 2

Передчасна смерть		Нейтральне положення		Високий рівень здоров'я	
Непрацездатність	↓	усі ми являємо собою тимчасові випадки та існуємо доти, поки ми дихаємо та деякою мірою відчуваємо наявність здоров'я		Розвиток	↑
Симптоми				Освіта	
Ознаки				Усвідомлення	
Модель лікування				Модель здоров'я	

На думку автора концепції континуума хвороба/здоров'я, кожна людина у своєму повсякденному житті постає перед вибором, який безперечно опосередкований впливом об'єктивних та суб'єктивних факторів її власного життя: рухатися від центру в лівий бік (див. табл.2), що відповідає постійному погіршенню стану здоров'я, чи у правий бік, що відповідає зміцненню здоров'я та зростанню благополуччя. Модель поведінки, спрямованої на лікування, веде людину до нейтрального положення, що стимулюватиме її до прагнення високого рівня здоров'я. Фахівці рекомендують у ситуації погіршення самопочуття, хворобливого стану пройти відповідне обстеження, лікування та більш уважно ставитися до підтримання власного психосоматичного здоров'я [14]

Одним з робочих визначень поняття здоров'я, що впливає з наведеного конструкту: континуум хвороба/здоров'я за А. Антоновськи – *позитивний стан фізичного, ментального (психічного) та соціального благополуччя за відсутності травм чи хвороб, які змінюються в системі континуума, в кінці континуума благополуччя домінує здоров'я, в протилежному – хвороба, що включає деструктивні процеси та призводить до непрацездатності, супроводжується хворобливими симптомами, ознаками, потребує певної моделі лікування.*

На думку групи авторів [17, 18], що працюють у напрямку модифікації поведінки людини (*behavior modification*), головною метою даної модифікації є підвищення як психологічного благополуччя власне людини, так і її соціальної адаптації в біопсихосоціальному середовищі. Акцент на вивченні поняття благополуччя людини є відносно новим напрямком досліджень науки в галузі біхевіоріальної психології.

За останні кілька століть фахівці намагалися застосовувати наукові методи для вивчення поведінки людини з різною мірою ефективності. Починаючи з XIX століття, медичні науки виступали першими у розгляді проблем, пов'язаних з людсь-

кими стражданнями. Тогочасні вчені припускали, що медичну модель – з її особливим поглядом на хворобу – може бути застосовано для опису хворобливої поведінки. Такі лікарі, як Р.Крафт-Ебінг, З. Фрейд досліджували психічно хворих людей з метою виявлення причин та стадій хвороб, а також можливих шляхів лікування. Було зроблено акцент більше на причинах та стадіях хвороби, ніж на відчутті благополуччя в житті людини: стан благополуччя загалом розглядався як природний, який потребував менше уваги, ніж причини та методи лікування хвороб. Фрейд, наприклад, як лікар досліджував людей з невротами, істерією та іншими психологічними проблемами, намагаючись застосувати медичну модель для вирішення завдань медичної практики.

Більшість науковців усвідомлюють, що медична модель на сьогоднішній день виявилася не такою вже широко використовуваною, як це вважалося на початку XIX століття, хоч і було досягнуто певних успіхів у лікуванні хвороб порушення поведінки особливо біологічного походження (генетичні аномалії, психофізіологічні впливи поганих умов життя та наслідки фізичних хвороб). Проте більшість прикладів порушення поведінки сьогодні не пов'язані з медичними проблемами. Уже у XX столітті фахівці з біхевіоріальної психології дійшли висновку, що вибір людиною певної форми поведінки можна пояснити, спираючись на принципи біхевіоризму.

Так, автори роботи [19] стверджують, що перехід від медичної моделі поведінки до наочності дозволив більш оптимістично поглянути на життєві перспективи. Ми маємо розуміти, що в кожного з нас є значний потенціал для власного розвитку саме через наочність, який включає багатогранні складові краси, сили, творчості, турботи про інших, а не тільки психічні хвороби, порушення поведінки. Наприклад, фізична сила та грація людини залежать від методів тренування та набуття навичок відповідних фізичних вправ.

Отже, сучасна психологія біхевіоризму значно змінила медичну модель та акцент на "хворобливу поведінку" – зміни поведінки спрямовані на підвищення благополуччя, поліпшення особистої та соціальної адаптації, здоровий розвиток потенціалу людини. Принципи поведінки можуть пояснити багато прикладів деструктивності в житті як причини людських страждань. Але основною метою психології біхевіоризму виступає благополуччя. Наприклад: "Як ми можемо допомогти людині бути щасливою, здоровою, творчою, турботливою?", "Яким чином знання принципів біхевіоризму може допомогти людині розвинути свій потенціал за власними бажаннями?".

На основі зробленого порівняльного аналізу відомих зарубіжних концепцій дослідження моделей поведінки людей, орієнтованих чи то на хворобу, чи то на здоров'я, можна зробити висновок про актуальність подальшого, поглибленого дослідження багатофакторної моделі поведінки людей, орієнтованої на підтримання як власного психосоматичного здоров'я, так і здоров'я людей з найближчого соціального оточення. Формування потреби на самореалізацію особистості, розкриття творчого потенціалу, здатності людини до адаптації в біопсихосоціальному середовищі залежить від актуального стану психічного і фізичного здоров'я, стилю життя особистості, орієнтованого на постійний гармонійний розвиток.

1. Sackett, D.L., Snow, J.C. The magnitude of compliance and noncompliance // Compliance in Health Care. – Baltimore, 1979.
2. McKinlay, J.B. Some approaches and problems in the study of the use of services // J. Health Soc. Behav. – 1972. – Vol. 13.
3. Andersen R. A. Behavioral model of families' use of health services. – Chicago, 1968.
4. Andersen J.G., Bartcus D.E. Choice of medical care: A behavioral model of health and illness behavior // Health Soc. Behav. – 1973. – Vol. 14.
5. Antonovsky J.G., Kats D. The model dental patient: An empirical study of preventive health behavior // Soc. Sci. Med. – 1970. – Vol. 6.
6. Fabrega H. Disease and social behavior // Med. Care. – 1974. – Vol. 114.
7. Green L.W. Diffusion and innovations related to cardiovascular risk behavior in the public // Applying behavioral science to cardiovascular risk of a conference, American Heart Association. – Washington, 1975.
8. Hochbaum G.M. public participation in medical screening programs. A socio-psychological study. – Washington, 1958.
9. Kasl S., Cobb S. Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. II. Sick role behavior // Arch. Environ. Health. – 1966b. – Vol. 12.
10. Kasa, J., Robertson, L.S. The social aspects of health and illness. – Cambridge, 1975.
11. Langille J.K. Social networks health beliefs and preventive health behavior // J. Health Soc. Behav. – 1977. – Vol. 18.
12. Mechanic D. Medical sociology: A selective view. – N. Y., 1968.
13. Rosenstock I.M. Why people use health services // Milbank Mem. Fund Q. – 1966. – Vol. 44.
14. Lipowski Z.J. What does word "psychosomatic" really mean? A historical and semantic inquiry. – N. Y., 1986.
15. Bertalanffy L. General system theory. – N. Y., 1968.
16. Antonovsky, A. Health, stress and coping. – San Francisco, 1979.
17. Follette W.C., Bach P.A., Follette V.M. A behavior – analytic view of psychological health // The Behav. Analyst. – 1993. – Vol. 16.
18. Master J.C., Burish T.G., Holton S.D., Rimm D.C. Behavior therapy. – N. Y., 1987.
19. Baldwin J. D., Baldwin J. I. Behavior principles in everyday life. – New Jersey, 1998.

Надійшла до редколегії 11.12.02

О.В.Савченко, асп.

СИСТЕМА ЕТАЛОНІВ І КРИТЕРІЇВ ОЦІНКИ РОЗВИТКУ ПОНЯТІЙНИХ СТРУКТУР ЯК НЕОБХІДНИЙ КОМПОНЕНТ ПОНЯТІЙНОЇ СИСТЕМИ ЛЮДИНИ

Проаналізовано систему еталонів і критеріїв оцінки розвитку когнітивних структур, як один з найважливіших компонентів понятійної системи. Докладно розглянуто основний механізм утворення та об'єктивні критерії оцінки функціонування еталонних схем. Результати експериментального дослідження свідчать про можливість використання методу окремого семантичного диференціала для визначення рівня сформованості системи критеріїв оцінки понятійних структур.

The highest form of understanding process is conceptual thinking characterized by certain forming of understanding structures. It's analyzed the system of subjective models and rating criteria as necessary component of functioning understanding system. The results of experimental research show the ability of using the particular semantic differential method for definition the level of forming of the system of criteria of assesment of conceptive structures.

Традиційно виділяються два основні напрямки в експериментальних дослідженнях процесу мислення: 1) мислення як процес вирішення завдань; 2) формування окремих понять і всієї понятійної системи людини. Перший напрямок набув більшого розвитку у зв'язку з вивченням проблем творчої діяльності і створення штучного інтелекту. У працях Дж. Брунера, Л.С. Виготського, Ж. Піаже та інших розглянуто другий напрямок, пов'язаний з дослідженням розвитку форм понятійного мислення. У межах когнітивної психології і відповідно до робіт Брунера та його послідовників інтерес змістився у бік дослідження "формального мислення" і його основної здатності використовувати закони формальної силогічної логіки. Орієнтація на вивчення тих психічних утворень, що забезпечують можливість понятійного відображення дійсності, була визначальною у дослідженнях радянських вчених (Л.М. Веккера, П.Я. Гальперіна, М.І. Жинкіна, М.О. Осоріної, М.О. Холодної та ін.).

У нашій роботі ми припустимо, що процес мислення – це не тільки процес вирішення завдань, але й певний рівень сформованості специфічних понятійних структур, особливості організації якого, за визначенням М.О. Холодної, "значною мірою зумовлюють продуктивні прояви розумового процесу". На мовно-розумовому рівні понятійна система (чи система концептів) визначає особливості й специфіку процесу відображення. Понятійна система має певну структуру (яка як інтегральне утворення характеризується різномірним характером організації, різноманітністю когнітивного складу, процесами словесно-образного перекладу) й індивідуальну систему значень як змістовний компонент.

Дослідження зв'язків між ефективністю вирішення творчого завдання і рівнем сформованості понятійних структур у роботі О.Г. Виноградова, показало, що недорозвиток будь-якого компонента понятійної структури є обмежуючим чинником ефективного функціонування всієї структури [1]. Так само було встановлено залежність частоти використання досліджуваних спеціальних засобів самоорганізації від рівня сформованості в них інтегральних структур понятійного мислення. Визначальну роль рівня сформованості цих когнітивних структур було виявлено Л.В. Шавиніною у порівняльному дослідженні особливостей ментальних репрезентацій обдарованих дітей [2]. Ступінь зрілості головних понятійних утворень визначає не тільки кількісні показники (продуктивність), але й якісні особливості організації ментального досвіду. Обдарованість виявляється в категоріальному характері пізнавального ставлення до того, що відбувається, в оптимістичному і диференційованому прогнозі майбутніх подій, у сформованості механізмів інтелектуального контролю у вигляді переваги рефлексивного стилю пізнавальної діяльності. Системоутворюючу роль понятійних структур у загальній структурі ментального досвіду підтверджено