

Житомирський державний університет імені Івана Франка

Соціально-психологічний факультет

Кафедра соціальної та практичної психології

**ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ
МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ ЛЮДЕЙ
З ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ**

Магістерська робота

студентки 54 групи

соціально-психологічного факультету

спеціальності «Психологія»

Фещенко Наталії Вікторівни

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук, доцент

Музика О.О.

Житомир - 2009

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
Розділ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ	
1.1. Емоційна регуляція міжособистісних стосунків як категорія психологічного аналізу у вітчизняній та зарубіжній психології.....	7
1.2. Психологічний аналіз поняття «людина з обмеженими фізичними можливостями» у вітчизняній та зарубіжній психології.....	15
1.3. Вікові особливості емоційної регуляції міжособистісних стосунків.....	21
1.4. Специфіка емоційної регуляції міжособистісних стосунків людей з обмеженими фізичними можливостями	23
Розділ II. МЕТОДИ ТА МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ ЛЮДЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ	
2.1. Аналіз близьких досліджень з проблеми емоційної регуляції.....	29
2.2. Характеристика методів, використаних у дослідженні емоційної регуляції міжособистісних стосунків людей з обмеженими фізичними можливостями.....	31
2.3. Методи, методика і процедура дослідження.....	36
Розділ III. КІЛЬКІСНИЙ ТА ЯКІСНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ ЛЮДЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ	
3.1. Аналіз особливостей емоційної регуляції міжособистісних стосунків людей з обмеженими фізичними можливостями у змішаній групі та групі ДЦП.....	39
3.2. Аналіз особливостей емоційної регуляції міжособистісних стосунків людей без обмежених фізичних можливостей у контрольній групі.....	51

3.3. Порівняльний аналіз отриманих результатів дослідження особливостей емоційної регуляції міжособистісних стосунків людей з обмеженими фізичними можливостями.....	58
ВИСНОВКИ.....	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	65
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасний світ висуває до особистості певні вимоги, які спрямовані на підвищення рівня адаптованості до навколишніх умов; соціальне середовище весь час знаходиться в стані змін і вимагає від людини активності, динамічності, конкурентоспроможності. Об'єднуючою ланкою між світом та людиною виступає емоційна регуляція поведінки, яка бере активну участь у процесах спілкування, діяльності, управління міжособистісними стосунками, активно впливає на формування адекватного рівня домагань та життєвих прагнень в цілому.

Специфіка емоційних переживань має велике значення для розуміння суб'єктивного світу людини і, як наслідок, її поведінки та взаємодії з оточуючими. В емоційних реакціях відображається безпосереднє ставлення людини до себе та до інших людей. Досліджуючи особливості людей з обмеженими фізичними можливостями, ми виходили з розуміння емоційної регуляції міжособистісних стосунків як вміння справлятися зі своїми емоціями соціально бажаними засобами. Емоційна регуляція має бути спрямована на оптимізацію міжособистісних стосунків, взаємодію з іншими людьми та налагодження дружньої атмосфери для отримання психологічного комфорту.

Проблему емоційної регуляції міжособистісних стосунків досліджували такі вітчизняні вчені як Вілюнас В.К., Виготський Л.С., Горбатков О.О., Заїка О.В., Карвасарський Д.Б., Кириленко Т.С., Коломінський Я.Л., Кон І.С., Лісіна М.І., Лєтова І., Леонтьєв О.М., Лотоцька М.Ю., Максименко К.С., Поліс А.Ф., Шевченко Н.Ф.

У зарубіжній психології проблему емоційної регуляції міжособистісних стосунків розглядали Адлер А., Айшервуд М.М., Бандура А., Бокум Д., Боулбі Дж., Вітт Н.В., Вольф Д., Ейнсворт М., Еріксон Е., Ізард К., Копп К., Крайг Г., Міллер А., Меш Є., Роджерс К., Фрейд А., Фрейд З., Хорні К.

Об'єкт: емоційна регуляція міжособистісних стосунків.

Предмет: особливості емоційної регуляції людей з обмеженими фізичними можливостями в сфері міжособистісних стосунків.

Мета: визначити особливості емоційної регуляції міжособистісних стосунків у людей з обмеженими фізичними можливостями.

Гіпотеза: емоційна регуляція міжособистісних стосунків людей з обмеженими фізичними можливостями має ряд особливостей:

∅ рівень тривоги збільшується в залежності від важкості фізичних обмежень;

∅ переважаючим є тип реагування з порушенням соціальної адаптації за інтерпсихічним варіантом;

∅ високий інтегральний показник емоційного інтелекту;

∅ стиль міжособистісних стосунків спрямований на підпорядкованість;

∅ переживання носять комунікативний, гностичний і акізитивний характер.

Завдання:

- провести ґрунтовний аналіз літератури з окресленої проблеми, з метою визначення дослідницьких позицій;
- на основі теоретичного аналізу обрати найбільш доречні методи дослідження окресленої проблеми;
- виокремити та описати особливості емоційної регуляції міжособистісних стосунків людей з обмеженими фізичними можливостями.

Методи дослідження:

- методика діагностики емоційного інтелекту – МЄІ;
- методика діагностики міжособистісних стосунків Т.Лірі;
- методика ЛОБІ, для діагностики типів психічного реагування на соматичне захворювання;
- методика виміру рівня тривожності Дж. Тейлора (адаптація Т.А.Немчинова);

- методика Б.І.Додонова «Яким переживанням я надаю перевагу»;
- спостереження.

Вибірка:

- досліджувана група №1(ОСК 31: Оператор комп'ютерного набору. Секретар-керівник): 10 юнаків та юнок, віком від 17 до 23 років
- досліджувана група №2 (ОСР 12: Оператор комп'ютерного набору. Соціальний працівник): 10 юнаків та юнок, віком від 17 до 23 років
- контрольна група: 10 юнаків та юнок, віком від 17 до 23 років

Наукова новизна: в ході дослідження була здійснена спроба детального якісного та кількісного аналізу особливостей емоційної регуляції міжособистісних стосунків людей з обмеженими фізичними можливостями у поєднанні обсерваційного (спостереження) та психодіагностичних методів.

Практичне значення: отримані результати можуть бути використанні при розробці просвітницьких, консультативних та корекційних занять, для розробки адаптаційних тренінгів для людей з обмеженими фізичними можливостями.

Надійність та вірогідність: надійність та вірогідність дослідження забезпечувалися репрезентативністю вибірки, а також застосуванням методів, адекватних, меті та завданням дослідження, поєднанням кількісного та якісного аналізу.

Апробація роботи: результати роботи були опубліковані у збірнику наукових праць студентів соціально-психологічного факультету.

Структура та обсяг магістерської роботи. Магістерська робота, об'ємом у 69 сторінок, містить вступ, 3 розділи, висновки, список використаної літератури у кількості 58 найменувань, а також 9 додатків та 6 рисунків.

Розділ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ

1.1. Емоційна регуляція міжособистісних стосунків як категорія психологічного аналізу у вітчизняній та зарубіжній психології

Особливості поведінки людини, керування власними емоціями та розуміння емоцій інших людей залежить від рівня розвитку емоційної регуляції, а також її впливу на міжособистісні стосунки.

Під емоційною регуляцією у психології розуміють:

- забезпечення загальної спрямованості та динаміки поведінки стосовно особистісного змісту ситуації (Т.С.Кириленко) [17].
- вміння справлятися зі своїми емоціями соціально бажаними засобами (К.Копп) [23].
- процес збільшення, збереження та гальмування емоційного збудження (Є.Меш, Д.Вольф) [33].

У вітчизняній психології розгляд ролі емоційного зв'язку та його регуляції здійснюється у межах проблеми спілкування. О.О.Смирнова зазначає, що у концепції М.І. Лісіної емоційний компонент міжособистісних стосунків та спілкування дитини зі значимими дорослими відіграє провідну роль у її психічному розвитку. Наслідки такого спілкування та ступінь включення в них емоційного компонента можуть мати вплив на побудову подальшої моделі поведінки з оточуючим світом. У своїх твердженнях дослідниця спирається на ідею Л.С. Виготського про те, що джерело психічного розвитку знаходиться не всередині дитини, а в її стосунках з дорослими [50].

Недостатній рівень розвитку емоційної регуляції може провокувати співзалежність або навіть емоційну залежність від партнера. І. Лєтова зазначає, що в основі будь-якої залежності знаходиться співзалежність (адикція стосунків). Співзалежність може бути як реакцією на зовнішні подразники, так і передумовою розвитку невроту. У співзалежних людей основний сценарний показник (неусвідомленим ставленням до себе)

проявляється у життєвому кредо «Не будь значимим!». Емоційно залежна людина налагоджує симбіотичні стосунки з партнером, ніби «прилипає» до нього. Стосунки "прилипання" дуже своєрідні. Вони не розвиваються, зберігаючи свою статичність. Причиною цього є відсутність можливості взаємозбагачення для партнерів по взаємодії. Такі люди дуже ригідні – психологічно неповороткі, нездатні змінюватися у відповідності до вимог ситуації. На думку І. Лєтової, емоційна залежність може виникнути в сім'ї, у членів якої попередньо не була зафіксована адитивна поведінка. Це трапляється у випадках, коли один з батьків чи обоє здійснюють гіперконтроль за поведінкою дітей, не дозволяючи їм бути самостійними, формуючи, таким чином, залежність від себе. І. Лєтова зазначає, що причини формування залежності можуть бути різними і виділяє три головні фактори, які визначають формування емоційної залежності у міжособистісних стосунках: біологічний, психологічний, соціальний [26; 27].

В межах проблематики психології емоцій, регуляція розглядається такими дослідниками, як Т.С.Кириленко, який зазначає, що емоції є постійним механізмом регуляції, який забезпечує пристрасність відображення. У свідомості емоції представлено опосередковано – через композицію образу, суб'єктивний зміст. Вони забезпечують вибірковість психічного відображення, що передбачає їх ключову участь у формуванні образу.

Виступаючи безпосереднім виразником потреб суб'єкта, емоції є регулятором його активності. Вони свідчать про значення того чи іншого явища для особистості й регулюють загальну спрямованість та динаміку її поведінки стосовно особистісного змісту ситуації, беруть участь у ціле - та мотивоутворенні з метою зміни спрямованості діяльності, з метою самозміни людини як суб'єкта.

Головне в емоційній регуляції – регуляція виникнення емоцій, їх планування та спрямованість. Регулятивна функція підкреслює значення емоцій як внутрішнього та зовнішнього регулятора. Зовнішня емоційна

регуляція виявляється в тих емоціях, які не породжуються безпосередньо діяльністю, а викликаються будь-яким зовнішнім щодо діяльності фактором [17].

О.М.Леонт'єв підкреслює, що емоції та емоційні процеси виконують роль внутрішньої регуляції діяльності. Афекти також виконують регулюючу функцію за допомогою утворення специфічного досвіду – афективних слідів («афективних комплексів»), котрі контролюють поведінку в ситуаціях, що були схожі з тими, які викликають афект [25].

В.К. Вилюнас зазначає, що сильні позитивні й негативні емоції та переживання виконують роль внутрішніх сигналів, за допомогою котрих відбувається контроль динаміки регуляції емоцій та діяльності, що їх виконує на даний момент людина. Також В.К. Вилюнас зазначає, що емоції виконують функцію організатора нестереотипної цілеспрямованої поведінки [46].

Я.Л.Коломінський зазначає, що емоції мають велике значення у регуляції поведінки в тих випадках, коли вимагається миттєва мобілізація усіх сил і можливостей організму. Якщо контроль над емоціями є недостатнім, рішення прийматиметься із запізненням і не матиме вже необхідної ефективності та доцільності [18].

Д.Б. Карвасарський зазначає, що емоції та воля в реальній поведінці можуть виступати в різних співвідношеннях. Надмірна емоційна регуляція не економна, марнотратна, може призводити до перевтоми. Надмірна вольова регуляція – призводить до нервових зривів. Відмічається, що безпосередня регуляція емоцій допомагає дистанціюватися від проблеми.

Фактори, що негативно впливають на емоційну регуляцію:

- постійні стреси;
- пасивне інтрапсихічне подолання, наприклад, самозвинувачування;
- втрата контролю, що викликаний «критичною ситуацією», котра не вирішує проблему, що виникла, але задовольняє потребу діяти терміново;

- сильні негативні емоції, що потребують негайного їх подолання;

- великі об'єми інформації, що переробляються – отримані дані є обмеженими, мають недостатній вигляд, відповідно до чого фази генерації та редукування не розділяються.

Можна виділити декілька факторів впливу на емоційну регуляцію:

- оціночні процеси, наприклад, каузальна атрибуція;

- паліативні методи – спрямовані на регуляцію емоцій, концентрують свою увагу на стабілізації особистості, її самозаспокоєння;

- інструментальні методи – спрямовані на зміну і розуміння стресової події [22].

О.О.Горбатков зазначає, що пряма динаміка зв'язку між позитивними та негативними емоціями впливає на частоту емоцій та переживання, пов'язані з іншою людиною. Якщо у людини спостерігається психосоматичне або соматичне захворювання, то контроль над емоціями порушується і спостерігається домінування негативних емоцій над позитивними [9].

В межах когнітивного напрямку емоційна регуляція розглядається О.І.Кульчицькою яка підкреслює, що емоційна реакція на подразник залежить від рівня інтелектуального розвитку особистості, а також вона суб'єктивно відображає показник процесу задоволення потреб індивіда.

А. Ф. Поліс зазначає, що емоційні структури особистості займають одну з провідних ролей в процесі формування особистості індивіда, вони виступають формою ціннісного засвоєння світу, фактором внутрішньої детермінації поведінки. Спираючись на зазначені характеристики, дослідник засвідчує, що емоційні переживання є глибинними прошарками біологічного рівня регуляції, і саме їх рівень розвитку безпосередньо впливає на рівень соціальної та моральної взаємодії індивіда з суспільством в цілому [43].

В межах клінічного напрямку у психології, емоційна регуляція розглядається в межах соматичних та психосоматичних досліджень. Н.В.Репіна, Д.В.Воронцов зазначають, що в 1818 році німецьким лікарем

С.А.Гейнротом було введено термін «психосоматика», яким він позначив свою концепцію про внутрішній конфлікт як провідну причину психічної хвороби. Прикладом даної теорії може послугувати дослідження гіпнозу та істерії, що проводилися в другій половині ХІХ століття з метою вивчення механізмів соматичних змін під впливом психологічних чинників, що призвели до виявлення неусвідомленого особистісного (емоційного) конфлікту, що і провокує захворювання.

Також прикладом може слугувати введення поняття «конверсійного психічного розладу» – порушення тілесних функцій (рухових або сенсорних) психогенного походження, що тісно пов'язані за часом із травматичними подіями, невирішеними проблемами, або порушенням взаєностосунків зі значимими людьми. В 1822 році іншим німецьким лікарем – К.Якобі – було введене інше поняття - «соматопсихічне», що засвідчувало, що психічні хвороби можуть бути викликані матеріальними причинами [47].

О.В.Заїка, М.Ю.Лотоцька підкреслюють, що психосоматичні та соматичні захворювання сприяють посиленню негативних емоцій. Порушується предметний та афективний компоненти, що сприяє неадекватному опосередкуванню емоцій [14].

У зарубіжній психології тлумачення багатьох емоційних явищ, зокрема, емоційної регуляції, прив'язаності, емоційної залежності сформувалося під впливом психоаналітичного підходу до дослідження особистості. З.Фрейд проводить порівняння міжособистісних стосунків з явищами переносу та контрпереносу у стосунках психоаналітика і клієнта. За відсутності адекватного контролю явища переносу та контрпереносу можуть негативно позначитись на психічному розвитку спочатку в дитячому, а потім в дорослому житті, наприклад, може втрачатися самостійність і людина починає керуватися у своїй поведінці лише певними шаблонними зразками. Аналізуючи у своїх працях розвиток «Над-Я», А. Фрейд описує ідентифікацію з батьками та інтеріоризацію батьківського авторитету. Кожна фаза розвитку дитини, на думку дослідниці, є результатом вирішення того чи

іншого конфлікту між внутрішніми інстинктивними потягами та обмеженнями зовнішнього соціального оточення [54; 55].

О.О. Смирнова підкреслює, що у теорії прив'язаності Дж.Боулбі і М.Ейнсворт емоційна залежність та низький емоційний контроль розглядаються як на ранніх вікових етапах – концепції «первинної» та «вторинної» мотивацій, так і на більш пізніх, вже в контексті труднощів у спілкуванні, неврівноваженості. Сучасне визначення: «прив'язаність, за П.Криттенден – це стратегія поведінки, спочатку з близькими, а потім і з усіма оточуючими». [49; 51].

К. Ізард виділяє три типи регуляції (він застосовує їх до регуляції суму, проте зазначає, що вони можуть бути використані до регуляції будь-якої іншої емоції):

• регуляція за допомогою іншої емоції (стимулювання виникнення іншої емоції з прагненням подолання або зниження інтенсивності попередньої);

• когнітивна регуляція (переключення уваги та мислення);

• моторна регуляція (фізична активність спрямована на зниження інтенсивності емоційних переживань).

Ефективна емоційна регуляція проявляється у поєднанні зазначених типів регуляції в одну рівнозначну систему.

К. Ізард підкреслює, що емоційна регуляція стає життєво необхідною у випадку, коли інтенсивність та динаміка емоцій стають настільки інтенсивними, що можуть негативно впливати на психічне та фізичне здоров'я [16].

К.Хорні зазначає: контроль над емоціями може бути двостороннім – контроль з боку дитини та контроль з боку батьків дитини. Така невротична потреба в любові – це збільшена потреба в емоційній прив'язаності і позитивній оцінці з боку оточуючих і низька здатність протистояти стресам. У своєму дослідженні материнських конфліктів вона робить висновок, що причиною зниження емоційного контролю та регуляції в міжособистісних

стосунках матері та дитини провідну роль відіграє едіпів комплекс, наявний у матері. Відносно сина він може проявлятися в двох формах: надлишкова опіка або відлучення, що спровоковане страхом. Відносно доньки він може приймати гротескні форми. Залякування, тотальний контроль всіх дій, або надмірна прив'язаність до доньки і взаємність з її боку [21; 56].

А.Адлер зазначає, що прагнення людини визначаються двома показниками: вродженим почуттям єдності та комплексом неповноцінності. Прагнучи реалізувати перший і компенсувати другий, людина встановлює занадто тісні стосунки спочатку з батьками, потім з людьми, що їх замінюють, щоб мати стабільну точку опори. Але натомість вони обмежують його самостійність та адаптивність до вимог суспільства. Тобто такі люди знаходяться в постійній боротьбі між комплексом неповноцінності та комплексом переваги, що носять марний характер. Другий компенсує перший. Намагання довести свою найкращість, і незмога її довести інтерпретується з точки зору комплексу неповноцінності, тобто сприймання себе як невдахи [1;2].

Всі процеси надкомпенсації та компенсації спрямовані на отримання соціальної позиції. Нормою надкомпенсації є певний соціальний тип особистості: керуючий (самовпевненість; напористість; відсутність соціального інтересу; установка переваги над оточуючими; схильність до асоціального способу розв'язання проблем), беручий (паразитичне ставлення до світу; задоволення своїх потреб за рахунок інших; відсутність соціального інтересу), уникаючий (низька активність; низький соціальний інтерес; домінування мотивації уникання невдачі), соціально-корисний (висока активність; високий соціальний інтерес; турбота про інших людей; зацікавленість у спілкуванні з іншими; розвиток співробітництва).

Є.Меш, Д.Вольф зазначають: в контексті досліджень з патопсихології, що можна розділити емоційні процеси за двома критеріями: емоційною реактивністю та емоційною регуляцією [33].

Емоційна реактивність – це індивідуальні відмінності в межах та інтенсивності вираження емоцій, котрі визначають рівень переживання дистресу та його сенситивність до середовища.

Емоційна регуляція – це процес збільшення, збереження та гальмування емоційного збудження.

Порушення процесу емоційної регуляції може призвести до того, що людина може стати неврівноваженою та важко контролюваною.

Варто також розмежувати поняття та проблему «регуляції» та «дисрегуляції»:

• регуляція пов'язана з слабкістю структур, що керують емоціями або взагалі їх відсутністю;

• дисрегуляція акцентує увагу на тому, що структури, що керують емоціями, функціонують неадекватно (безпричинні страхи або підвищений рівень тривожності, за відсутності явних причин до неї).

Певні форми емоційної дисрегуляції можуть бути адаптивними в певний час або за певної ситуації – жорстоке ставлення або сексуальне насилля, але не адаптивними за інших обставин. Здатність до емоційної регуляції, починаючи з дитинства, виявляється у емоційній реактивності та ступені експресії і таким чином виступає важливою характеристикою як нормального, так і патологічного розвитку.

Г.Крайг та Д.Бокум зазначають, що Н.В.Вітт розглядав емоційну регуляцію дwoяко:

• усвідомленому – стабільне емоційне ставлення людини до явищ дійсності;

• неусвідомленому – першочергове ставлення та актуальний емоційний стан, що отримує своє вираження в емоційному забарвленні процесу і результатах діяльності [23].

1.2. Психологічний аналіз поняття «людина з обмеженими фізичними можливостями» у вітчизняній психології та зарубіжній психології

У вітчизняній психології центральним було питання впливу соматичної хвороби на особистість. В межах проведених досліджень було виокремлено два шляхи патогенного впливу соматичного захворювання на психіку: соматогенний (інтоксикаційний вплив на ЦНС) та психогенний (гостра реакція особистості на хворобу та її наслідки). Поняття соматопсихічного порушення було закладене кортиковісцеральною теорією І.П.Павлова, яка засвідчувала, що таке порушення є порушенням психофізіологічної діяльності в умовах соматичного захворювання [41].

На даний момент концепція інвалідності спирається на культурно-історичну теорію розвитку, котра змінила поняття про закономірності та механізми функціонування тілесного «Я».

К.Л.Лідін підкреслює, що першопричини психосоматичних та соматичних розладів полягають у порушенні паттерну переживання певної емоції, неможливості її контролювання, також він підкреслює, що Л.С.Виготський зазначає, що основи переживання тілесності полягають в знаково – символічному та культурно– історичному характері [28].

Л.С.Виготський протиставляє концепцію детермінації психічного розвитку аномальної особистості, біологізаторській теорії, яка стверджувала, що розвиток аномальної людини (дитини) проходить за особливими законами. Л.С.Виготський пропонував своє власне бачення процесу аномального розвитку. Він виокремлював такі особливості, характерні для формування аномальної особистості:

• функціональна локалізація порушення може бути частковою або загальною

- часткова – порушення функцій мови, слухового та зорового аналізатора;

- загальна – порушення регуляторних систем організму – рухової, емоційної, інтелектуальної.

Ї характер аномалії залежить від часу впливу на організм шкідливих факторів. Чим раніше відбулося ураження, тим сильніший недорозвиток;

Ї взаємовідношення первинного і вторинного дефектів має велике значення в розвитку хворого.

Л.С. Виготський надавав велике значення соціальній обумовленості розвитку особистості. Він сформулював один із принципів спеціальної психології: врахування і взаємодія біологічних та соціальних факторів. Культурно – історична концепція дозволяє різнопланово подивитися на тілесний розвиток людини (нормальний і аномальний). Власне, відхилення від культурного шляху розвитку є одним з центральних джерел порушення тілесних функцій і виникнення психосоматичних та соматичних розладів [6; 7].

О.Кучеровський, посилаючись на роботи К.Роджерса, зазначає, що невтручання у тенденцію актуалізації людини надає їй безумовно позитивної уваги. Існує безумовно негативна увага суспільства, стосовно людей з обмеженими фізичними можливостями. Саме в цій безумовно негативній увазі проявляється психосоціальний феномен інвалідності [24].

Б.В. Михайлов, А.І. Сердюк, В.А. Федосєєв зазначають, що самооцінка соматично хворих впливає на зміну їх соціального статусу, який є суттєвою частиною внутрішньої картини хвороби. Більшість людей з хронічними соматичними захворюваннями відзначають великий негативний вплив хвороби на своє життя в особистісній, сімейній та трудовій сферах. Також спостерігається тенденція до зниження соціальної значимості захворювання по мірі збільшення її важкості. Якщо хвороба є легкою або середньої важкості, то людина відчуває гостру потребу в повноцінному житті [35].

Н.В.Репіна підкреслює, що з 1980 року для позначення соматичних симптомів, що мають виключно функціональну природу, без яскраво

виражених психологічних симптомів, використовують термін соматоформні розлади. Такі розлади характеризується підвищеною тривогою за своє життя та здоров'я, гостре бажання уваги до себе та своїх проблем, виникнення іпохондрії, а також соматизовані симптоми – нудота, біль в животі, свербіння, оніміння, постійна тривога [47].

Н.Ф.Шевченко зазначає, що хвороба має кілька значень для хворого: загроза; переривання встановлених стосунків з іншими людьми; порушення психічної рівноваги; наявність почуття втрати. Психологічний вплив хвороби виражається в психологічній реакції на захворювання. Коли хворий неспроможний впоратися з нею, це викликає надмірну емоційну напругу, що негативно впливає на подальший перебіг хвороби та її лікування. Переживання хвороби допомагає визначити емоційну сторону ставлення людини до своєї хвороби [42].

К.С. Максименко виділяє такі основні зміни в особистості хворого: виникнення мотиву «збереження життя»; формування нової соціальної позиції – соціальної неповноцінності; зниження рівня суб'єктивного контролю, що виявляється у схильності перекладати відповідальність за виникнення захворювання на оточуючих [31].

В.В.Ніколаєва виділяє 4 рівні відображення хвороби у психіці хворого:

- сенситивний (хворобливі відчуття);
 - емоційний (безпосередні емоційні реакції на хворобливі відчуття і емоційні реакції на наслідки хвороби в житті людини);
 - інтелектуальний або раціональний (знання про хворобу і оцінка свого стану);
 - мотиваційний (перебудова попередньої мотиваційної структури)
- [37; 38].

У визначенні МСЕК (медико-соціально експертної комісії) людиною з обмеженими фізичними можливостями є людина, у котрої функціональні та органічні порушення, зумовлені захворюванням, каліцтвом чи анатомічним дефектом, мають стійкий або сталий характер і

перешкоджають продовженню роботи за основною професією (повністю або частково) на довгий термін або постійно [15].

У декларації прав інвалідів зазначається, що інвалід – це будь-яка особа, яка не може самостійно забезпечувати повністю або частково потреби нормального особистісного та/чи соціального життя з причин вад – вроджених чи набутих – його або її фізичних чи розумових здібностей. Інвалід - це людина нездатна, частково або повністю, виконувати певні дії, в результаті травми, захворювання, вродженого або набутого дефекту [10].

У зарубіжній психології термін «обмежені фізичні можливості» використовують для об'єднання в одну категорію дітей з порушеннями опорно-рухового апарату та дітей з хронічними соматичними захворюваннями, що потребують довготривалого перебування в лікарняних закладах. Люди з порушеннями опорно-рухового апарату (ДЦП) є на даний момент найбільш дослідженою категорією.

В. І. Лубовський, Т. В. Розанова, Л. І. Солнцева зазначають, що термін «дитячий церебральний параліч» (ДЦП) позначає групу рухових розладів, що виникають при враженні рухових систем головного мозку і проявляється в недостатності або відсутності контролю центральної нервової системи за мимовільними рухами. Таким чином, ДЦП об'єднує синдром рухових розладів, що виникає в результаті пошкодження мозку на ранніх етапах онтогенезу. Психічний розвиток при дитячому церебральному паралічі характеризується нерівномірним темпом розвитку з диспропорціональністю у формуванні окремих психічних функцій.

На основі вище зазначеного можна виділити такі порушення:

- локальний дизонтогенез окремих вищих психічних функцій (недостатність семантичної сторони мови; просторових уявлень; низька пізнавальна активність; недоліки пам'яті і уваги; підвищена схильність до відволікання, надмірна фіксація на несуттєвих деталях в поєднанні з слабкістю мимовільного запам'ятовування)

- порушення розумової працездатності (недостатня сформованість поняттєвого, словесно-логічного та абстрактного мислення; порушення динаміки мисленнєвих процесів – недостатня послідовність мислення, схильність до резонерства і сторонніх асоціацій; затримка формування способів розумових дій, загальної стратегії пізнавальної діяльності;)

- порушення мимовільної регуляції психічної діяльності;
- обмеженість знань та уповільнення засвоєння нового матеріалу.

Також виокремлюють:

- неврозоподібні страхи – страхи, що виникають спонтанно, за відсутності зв'язку з психогенними факторами;
- істероформні реакції – бажання супроводжуються бурхливими емоційними проявами;
- психічний інфантилізм – недостатній розвиток мимовільної регуляції поведінки та інших форм мимовільної діяльності (вищих нервових функцій). Може проявлятися як у вигляді слабкості волевих зусиль, недостатній цілеспрямованості інтелектуальної діяльності, так і у вигляді завищеної самооцінки, егоцентризму;
- афект неадекватності – невропатичний варіант психічного інфантилізму, що проявляється у реакціях протесту [52].

Згідно нормоцентриського підходу стійкими соціальними характеристиками здорової людини є адекватність поведінкових реакцій, здатність до навчання, працездатність. Поняття ж «інвалід», тобто людина з обмеженими фізичними можливостями, підкреслює факт соціальної ущербності і нездатності індивіда, індивідуальний досвід взагалі не береться до уваги.

А.Адлер, як прихильник соціально-орієнтованого підходу, зазначає, що найбільш здоровим способом подолання меншовартості, властивої для людини, є усесторонній розвиток соціальних почуттів, прагнення до солідарності та здатності кооперуватися з іншими людьми. За Адлером,

«почуття неповноцінності» і «почуття переваги» є основними джерелами як психопатології, так і здоров'я. А. Адлер зазначає, що критерії, за якими ми судимо про ту чи іншу особистість, визначається цінність цієї особистості для суспільства. Якщо її поведінка не відрізняється від загальноприйнятої, то вона сприймається адекватно і всебічно підтримується, якщо ж людина якимось чином відрізняється від загальноприйнятого стандарту, то вона ізолюється від суспільства. В зарубіжній психології думка про великі компенсаторні можливості хворого була представлена теорією компенсації та суперкомпенсації. А.Адлер зазначав, що сприймання людиною свого дефекту є провідним, також він відзначав, що почуття неповноцінності є могутнім поштовхом для подальшого індивідуального розвитку [1]. А.Ауербах зазначає, що А.Адлер розмежовує почуття неповноцінності та комплекс неповноцінності. Почуття неповноцінності пов'язано з почуттям неадекватності. Людина з почуттям неадекватності вважає, що вона не спроможна щось виконати, довести справу до кінця. Комплекс неповноцінності може розвиватися з трьох джерел: органічної неповноцінності, розпещуваності та занедбаності [5].

Біхевіористи розглядають проблему здоров'я з точки зору відповідності поведінкових реакцій людини вимогам соціальної реальності. Якщо людина вибудовує свої міжособистісні стосунки, реакції когнітивної, мотиваційної, афективної сфери неадекватно відносно вимог суспільства, це може призвести до ізоляції та відчуження її від суспільства.

На основі узагальнення зазначених підходів можна виокремити наступні особливості емоційно-вольової сфери людей з обмеженими фізичними можливостями:

- підвищена емоційна збудливість в поєднанні з вираженою нестійкістю вегетативних функцій;
- загальна гіперестезія;
- підвищена виснаженість нервової системи;
- слабкість вольових зусиль;

- підвищена сугестивність;
- виникнення катастрофічних реакцій при фрустраційних ситуаціях;
- апатико-абулічний синдром – стан повної байдужості, неучасті, сором'язливості, загальмованість;
- гіперкінетичний синдром – руховий неспокій, підвищена дратівливість.
- фобічний синдром – підвищена вразливість в поєднанні з емоційною збудливістю та афективною інертністю – обумовлює фобії у вигляді страху самотності, висоти, пересування; у підлітковому віці - це страх хвороби і смерті.

1.3. Вікові особливості емоційної регуляції міжособистісних стосунків

Емоційна регуляція має певні особливості прояву на кожному віковому етапі. Їх співставлення та розгляд допоможуть нам більш глибоко розкрити проблеми емоційної регуляції у міжособистісних стосунках.

Підлітковий вік – період онтогенезу, від 11 до 15 років, включно, що відповідає початку переходу від дитинства до юності. Підлітковий вік характеризується наступними особливостями:

- зміна ціннісних орієнтацій;
- амбівалентність вираження почуттів та вподобань;
- розширюється коло соціальних контактів.

Новоутвореннями підліткового віку є:

- становлення самосвідомості – вона сприяє збільшенню регуляції, контролю та керуванню поведінки, емоцій, соціальних стосунків та контактів;

- почуття дорослості;

На перший план виступають мотиви, пов'язані зі зміною світогляду, з планами на майбутнє. Провідною діяльністю підлітка є інтимно-особистісне спілкування з однолітками. Відбувається відособлення від сім'ї та її впливів.

Відбуваються зміни у афективній сфері, починають з'являтися труднощі з контролем емоцій, поведінкових актів. Виникають комплекси, страхи та соціальні фобії. Базовою потребою на даному віковому етапі виступає розуміння з боку інших людей.

Р.П.Ефімкіна зазначає, що спостерігаються поведінкові та емоційні розлади розвитку. Це депресії, страхи та тривожні стани, причини яких зазвичай мають соціальний підтекст [12]. Ю.А.Миславский вбачає суть підліткового віку в суперечності, що суб'єктивно відчувається між активністю та регуляцією. Вирішення цієї суперечності полягає в перетворенні її в самодетермінацію зрілої особистості [34].

Юність – період розвитку людини, що відповідає переходу від підліткового віку до самостійного дорослого життя. Хронологічні межі юності визначають по різному. Виділяють: ранню юність – від 15 до 18 років; пізню юність – від 18 до 23 років. Провідною діяльністю на даному віковому етапі виступає навчально-професійна. Основною соціальною задачею є вибір професії, соціальне та особистісне самовизначення. Центральним новоутворенням виступає становлення стійкої самосвідомості та стійкого образу «Я». Це пов'язано з посиленням особистісного контролю, самоуправління. На перший план виступає прагнення отримати автономію в трьох сферах: поведінковій, емоційній (посилюється потреба в індивідуальній інтимній дружбі) та нормативній (відстоювання власних цінностей). Юнацький вік пов'язаний з формуванням життєвої позиції, самовизначенням, усвідомленням власної значимості, формуванням цінностей та переконань. У соціальному плані відбувається ототожнення себе як складової частини певного соціального утворення та суспільства в цілому [40].

Особливостями юнацького віку за О.Н.Роговим є:

- незавершення фізичного розвитку за всіма параметрами;
- відчуття своєї фізичної непривабливості (синдром дисморфофобії);

- нестійкість емоційної сфери;
- особливості вищої нервової діяльності;
- високий рівень ситуативної тривоги [48].

І.С.Кон зазначає, що характерною рисою юності виступає формування життєвих планів, які є явищем водночас соціального та етичного характеру. Також життєві плани є планами діяльності, тобто їх адекватність говорить про відповідний рівень домагань та критичність виконаної діяльності [20].

Е.Еріксон підкреслює, що основною тенденцією протягом юнацького віку виступає рольове зміщення, неузгодженість «Я» - ідентичності, яке веде або до формування «дорослої ідентичності» або призводить до затримки розвитку. Основною характерною рисою переходу від підліткового до юнацького віку є зміна основної установки відносно оточуючого світу: за життєзапереченням, настає життєствердження. Спостерігається стабілізація характеру та формування рис зрілості [13].

1.4. Специфіка емоційної регуляції міжособистісних стосунків людей з обмеженими фізичними можливостями

Специфіка емоційної регуляції міжособистісних стосунків полягає у взаємній готовності партнерів до певного типу почуттів, очікувань та поведінки. Характерною ознакою міжособистісних стосунків є їх емоційне забарвлення. У психології міжособистісні стосунки розглядаються як:

- форма психологічних відносин, що виникає на безпосередніх контактах і виникненні емоційно стійких реакцій відносно один одного;
- форма відносин, що виникає в ситуації взаємодії, в межах виконання соціальних ролей, реалізації суспільних відносин;
- форма відносин, що проявляється у формі переживання, взаєморозуміння або його відсутності [5; 45].

Н.Н.Обозов виділяє декілька критеріїв у побудові міжособистісних стосунків:

1. Міра, глибина включення особистості у стосунки – найбільшим включенням відзначаються дружні та подружні стосунки. Стосунки товариські обмежуються лише соціокультурними характеристиками;
2. Степінь вибіркості при обранні партнерів для взаємостосунків;
3. Відмінність функцій стосунків.

Загальна закономірність: із поглибленням стосунків зменшується дистанція, збільшується частота контактів, усуваються рольові кліше [39].

Ю.Л.Трофімов зазначає, що Н.Н.Обозов пропонує таку класифікацію міжособистісних стосунків: знайомство, приятелювання, товариські, дружні, любовні, подружні, родинні. Головний регулятор сталості та глибини міжособистісних стосунків є привабливість однієї людини для іншої. Стан задоволеності-незадоволеності є основним критерієм оцінки таких стосунків.

Регуляція стосунків відбувається за такими критеріями:

- Ў мотиваційні аспекти - «я хочу», «я можу» і «треба»;
- Ў суспільні відносини - стимулюють або руйнують міжособистісні стосунки, через прагнення зробити їх відповідними до суспільних відносин;
- Ў присутність компоненту привабливості-непривабливості;
- Ў економічна ефективність;
- Ў неадекватність прагнень та вимог.

Показником сталості та глибини міжособистісних стосунків може слугувати наявність чи відсутність феномену взаємовпливу. Феномен взаємовпливу спрямований на формування сталих оцінок, вчинків. Механізмами взаємовпливу регулюють норми міжособистісного спілкування, до них відносять: імітацію, навіювання, конформність, переконання.

Оптимальними є ті стосунки, які найменше пов'язані з симпатією та антипатією, а є спрямованими на ефективність та конструктивність діяльності. Міжособистісні взаємовпливи можуть призводити до суттєвих змін. Прикладами є «закон міжособистісного уподібнення», який полягає у зближенні психологічних рис людей – наявність у батька такої риси, як домінантність, формує у дитини протилежну рису, пасивність, проте,

домінантність матері формує аналогічну рису у дитини. Також спостерігається ефект «поляризації» особистісних рис – частковий прояв зближення психологічних рис [45].

Спостерігається тісний зв'язок між обмеженими фізичними можливостями та міжособистісними стосунками. М.М.Айшервуд зазначає, що єдиним, що не змінює інвалідність, а лише ускладнює – це спілкування і взаємодія з іншими людьми. Люди з фізичними недоліками в стосунках з іншими відчують певну напругу, оскільки багатьох інвалідність пригнічує і викликає негативні емоції. Особливо важко людині з фізичними недоліками, перебороти «синдром золотої рибки» - коли інші люди з зацікавленням розглядають їх [3]. В.Д.Менделевич підкреслює, що у соматичнохворих може виникати «психічний дефект», що провокує виникнення комплексу неповноцінності, вони стають замкнутими, сором'язливими, звужують коло спілкування [32].

О.І.Артамонова зазначає, що проблеми, пов'язані з хворобою дитини, становляться перепоною на шляху повноцінного життя всієї сім'ї. Така сім'я стає своєрідною замкненим мікросередовищем з специфічно деформованою системою стосунків. В сім'ях з дітьми, що хворіють на ДЦП, переважаючим типом виховання є гіперопіка. Вона проявляється у надмірній опіці над дитиною і прагненні у всьому їй догодити – «кумир сім'ї», або виникненні симбіотичного зв'язку, між матір'ю та дитиною. Це призводить до того, що дитина всю свою увагу зосереджує на захворюванні і власних хворобливих переживаннях, посилюючи і виправдовуючи турботу батьків до себе. Але дана ситуація має і зворотній бік – невпевненість і занепокоєність батьків провокує у дитини страх, що підкреслює і поглиблює занепокоєність хворого. По мірі дорослішання гіперопіка (гіперпроекція) посилюється.

Проте може спостерігатися і протилежна тенденція – батьківська позиція трансформується від гіперопіки до відчуження, що виявляється в «емоційній ізоляції», явного або прихованого відчуження хворого в сім'ї. Це

пов'язано з зміною об'єктивного відношення до структури дефекту, соціальної перспективи і зміною емоційного ставлення до хворого [4].

Також можна зазначити, спираючись на роботу Л.Д.Деміної та І.О.Ральнікової, що гіперопіка формує у інваліда стан «завченої безпорадності» та почуття низької «самоефективності». Вивчена безпорадність – поняття введене М.Селигманом – інвалід перестає прагнути впливати на ті події, що відбуваються з ним, навіть якщо такий вплив можливий. У таких людей формується три види особистісного дефіциту: мотиваційний, когнітивний та емоційний. Самоефективність – поняття введене А.Бандурою – впевненість людини в своїх можливостях мобілізувати мотивацію, когнітивні та поведінкові можливості, щоб відповідати вимогам життєвих ситуацій. На основі зазначеного ми можемо виділити два основних типи стосунків в сім'ях, у яких проживають люди з обмеженими фізичними можливостями – це гіперопіка та відчуження [11].

В.Н.Мясищев зазначає, що фізичні недоліки особистість компенсує за допомогою значимих стосунків. Переживання інвалідності значно перебудовує всю систему стосунків людини з оточуючими. В першу чергу робиться наголос на схильності до надреактивності, що може погіршувати емоційний стан. Неофіційність, особистісна значимість, емоційна насиченість і зв'язок з інтимними сторонами життя, висока включеність створюють основу для глибокого впливу міжособистісних взаємостосунків на особистість. Правильна організація та повноцінне функціонування міжособистісних стосунків - важлива умова гармонійного розвитку особистості [36].

Висновки до розділу I

Емоційна регуляція розглядається як забезпечення загальної спрямованості та динаміки поведінки стосовно особистісного змісту ситуації; як вміння справлятися зі своїми емоціями соціально бажаними засобами; як процес збільшення, збереження та гальмування емоційного збудження.

Спостерігається певний зв'язок емоційної регуляції з соматичними захворюваннями. У зарубіжній психології термін «обмежені фізичні можливості» використовують для об'єднання в одну категорію дітей з порушеннями опорно-рухового апарату та дітей з хронічними соматичними захворюваннями, що потребують довготривалого перебування в лікувальних закладах. Питання розглядалося з точки зору двох підходів: нормо-центрованого та соціально-орієнтованого.

У вітчизняній психології людиною з обмеженими фізичними можливостями вважається та, у котрої функціональні та органічні порушення, зумовлені захворюванням, каліцтвом чи анатомічним дефектом, мають стійкий або сталий характер і перешкоджають продовженню роботи за основною професією (повністю або частково) на довгий термін або постійно. Або інше визначення, інвалід – це будь-яка особа, яка не може самостійно забезпечувати повністю або частково потреби нормального особистісного та/чи соціального життя з причин вад – вроджених чи набутих – його або її фізичних чи розумових здібностей.

Аналізуючи проблему емоційної регуляції в контексті міжособистісних стосунків, ми можемо зазначити наступне. Міжособистісні стосунки - це психологічна форма відносин, що виникає на безпосередніх контактах і виникненні емоційно стійких реакцій відносно один одного. Люди без обмежень фізичних можливостей орієнтуються в міжособистісних стосунках на принципи привабливості-непривабливості та симпатії-антипатії. При достатній сталості та глибині стосунків зменшується дистанція, збільшується частота контактів, усуваються поведінкові кліше. Важливою складовою міжособистісних стосунків є механізми взаємовпливу: імітація, навіювання, конформність, переконання. Люди з обмеженими фізичними можливостями мають специфічно деформовану систему стосунків. Факторами, що впливають на її формування виступають: «синдром золотої рибки»; комплекс неповноцінності; виховання за типом гіперопіка, «кумира сім'ї»,

симбіотичного зв'язку або відчуження; стан «вивченої беспорядності»; відчуття низької самоефективності.

Вікові особливості емоційної регуляції також мають певний вплив на міжособистісні стосунки. Підлітковий вік, з одного боку, характеризується амбівалентністю переживання почуттів та вподобань, певною нестабільністю у вираженні емоцій та їх постійною зміною залежно від зовнішніх факторів впливу. Проте, з іншого боку, саме у підлітковому віці починає посилюватися контроль над регуляцією емоцій, поведінки, соціальних стосунків. Юнацький вік характеризується становленням стійкої самосвідомості та стійкого образу «Я». Це пов'язано з посиленням особистісного контролю, самоуправління. На перший план виступає прагнення отримати автономію в трьох сферах: поведінковій, емоційній та нормативній.

Розділ II. МЕТОДИ ТА МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ ЛЮДЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

2.1. Аналіз близьких досліджень з проблеми емоційної регуляції

Проблемою емоційної регуляції у вітчизняній психології займаються О.Я.Чебикін, М.В.Чумаков. Аналіз досліджень з даної проблематики орієнтований на обґрунтування використання обраних нами методів у дослідженні.

О.Я.Чебикін у своїх дослідженнях розглядав емоційну регуляцію навчально-пізнавальної діяльності учнів.

Навчання у школі вимагає від вчителя розробки системи методів регуляції емоцій учнів, яка б спиралася на такі пріоритети, як посилення емоціогенного ефекту дидактичного матеріалу та корегування ситуативних емоцій учнів та їх зміна відповідно до виду діяльності.

В ході проведеного дослідження з проблематики були виокремлені такі групи методів. Перша група була спрямована на виокремлення таких ефектів як ефект новизни, ефект співпереживання та ефект «увлечення-разрешения». Друга група була спрямована на корегування негативних емоцій, що ситуативно виникають на заняттях. Для цілей дослідження було розроблено спецпрактикум «Основи емоційної регуляції навчальної діяльності».

Дослідження будувалося за принципом потрійної проблематизації: етап знайомства з умовами навчальної задачі, етап знаходження і засвоєння способу її виконання, етап засвоєння і використання в подальшій діяльності. Основний акцент робився на розвиток випереджувальної, процесуальної і підсумкової емоційної регуляції навчально-професійної діяльності.

У дослідженні були використані наступні методи:

- методика визначення емоцій учнів;
- методика експертної оцінки (експертами виступали психолог, дидакт-методист, шкільний вчитель);
- метод опитування та експертного спостереження

В результаті проведеного дослідження були отримані наступні результати. Виокремлені такі основні типи емоційної регуляції поведінки як процесуальний (31 досліджуваний), випереджувальний (23 досліджуваних), підсумковий (8 досліджуваних). Серед параметрів, що характеризують особливості емоційної сфери, емпатія в усіх групах була домінуючою. Показник ж емоційної стійкості в усіх групах були незначними, тоді як показники внутрішньої мотивації займали високі рівні у всіх групах [57].

М.В.Чумаков, досліджуючи емоційно-вольову регуляцію діяльності в соціальній взаємодії, виділив та підтвердив декілька значимих моментів.

Емоційно-вольова регуляція представляє собою систему, в котрій емоційна і вольова складові існують в тісному взаємозв'язку. Формуються і реалізуються ці компоненти в соціальній взаємодії.

Методологічними основами для вивчення емоційно-вольової регуляції у соціальній взаємодії є соціальна психологія, психологія розвитку та численні роботи, орієнтовані на вивчення різноманітних аспектів емоційної та вольової регуляції.

Основними методами дослідження є теоретичний аналіз психологічної, філософської та педагогічної літератури, теоретичне моделювання, експертна оцінка, аналіз продуктів діяльності, метод лабораторного експерименту та діагностична програма.

Структура емоційно-вольової регуляції діяльності містить широкий спектр особистісних та соціально-психологічних особливостей. Емоційно-вольова регуляція тісно пов'язана з соціальною взаємодією в групі учнів, соціально-психологічним статусом досліджуваних. Було виявлено, що високий рівень емоційно-вольової регуляції у підлітковому віці пов'язаний з силою процесу гальмування і рухливості нервових процесів. В контексті впливу практик покарання на формування соціальної взаємодії, було виявлено, що велика кількість покарань веде до зниження рівня емоційно-вольової регуляції і має безпосередній вплив на зменшення задоволеності різноманітними сферами життя в майбутньому [58].

2.2. Характеристика методів використаних у дослідженні емоційної регуляції міжособистісних стосунків людей з обмеженими фізичними можливостями

Методика діагностики емоційного інтелекту розроблялась на основі моделі емоційного інтелекту (М.О.Манойлова) – МЄІ.

Емоційний інтелект – це здатність людини до усвідомлення, прийняття та регуляції емоційних станів і почуттів інших людей і самого себе. Структура емоційного інтелекту містить два компоненти: внутрішньо-особистісний і міжособистісний.

Розроблена методика діагностики емоційного інтелекту є опитувальником, що складається з 40-питань-тверджень. Досліджуваному пропонується оцінити ступінь своєї згоди з кожним твердженням за 5-ти бальною шкалою. Опитувальник складається з 4 субшкал (усвідомлення своїх почуттів та емоцій; управління своїми почуттями та емоціями; усвідомлення почуттів та емоцій інших людей; управління почуттями та емоціями інших людей) та 3 інтегральних індексів (внутрішньо-особистісний, міжособистісний та інтегральний).

Стандартизація методики проводилася на репрезентативній вибірці чоловіків та жінок у віці від 17 до 65 років, що працювали в різних сферах професійної діяльності. Загальна кількість вибірки - 719 респондентів.

Статистичний аналіз показав наступні тенденції. Яскраво вираженні гендерні відмінності – жінки мають більш високий показник емоційного інтелекту у порівнянні з чоловіками. Вікові відмінності спостерігаються при переході від юнацького до зрілого віку – у юнацькому віці більш вираженим виступає внутрішньо-особистісний аспект. Відмінності професійних груп вказують на високий показник емоційного інтелекту у представників професій, що мають справу з сферою «людина-людина». Також дослідження допомогло виявити, що у студентів є менш вираженими характеристики міжособистісного аспекту емоційного інтелекту [29; 30].

Методика діагностики міжособистісних стосунків, котру ми плануємо використати в даному дослідженні, була створена Т.Лірі, Г.Лефоржем, Р.Сазеком в 1954 р. методика дозволяє визначити уявлення суб'єкта про себе і своє ідеальне «Я», і визначити переважаючий тип стосунків з людьми. Всього було виокремлено 8 типів: авторитарний, егоїстичний, агресивний, підозрілий, підпорядкований, залежний, дружелюбний, альтруїстичний.

Опитувальник складається з 128 оціночних суджень, з котрих в кожному з 8 типів стосунків утворюється 16 пунктів, упорядкованих за зростаючою інтенсивністю. Методика побудована таким чином, що судження ідуть не один за одним, а групуються в групи по 4 і надаються для вибору через певні проміжки.

Максимальна оцінка складає 16 балів, вона поділяється на 4 ступені вираженості стосунків: висока та низька адаптивна поведінка, екстремальна поведінка, патологія.

В подальшому проводиться підрахунок балів за кожною октантою за допомогою спеціального ключа. Отримані бали переносяться на дискограму, при цьому відстань від центру кола відповідає кількістю балів за даною октантою (от 0 до 16). Кінці векторів об'єднуються і утворюється особистісний профіль.

За спеціальною формулою визначається показник за двома основними факторами: домінуванням та дружелюбністю..

Використання методики Т.Лірі допоможе визначити наступне:

- оцінку наявної поведінки;
- поведінку в оцінці оточуючих («зі сторони»);
- самооцінку;
- оцінку близьких людей;
- розуміння власного «Я» [8].

Н.О Тараненко при проведенні дослідження внутрішньої картини хвороби у дітей з хронічним соматичним захворюванням отримала результати, що вказували на недостатній рівень емоційного тепла з боку

одного з батьків під час вербально чи невербального спілкування. Наголос робився на ситуаціях уникання ситуації спілкування або ігнорування думки дитини. Проте основний акцент в даному дослідженні робився саме на ставленні до дитини з боку інших людей, а не на власне ставлення до самої себе. Для підлітка є актуальною проблема міжособистісних стосунків, а саме їх внутрішньо-сімейний аспект [53].

Методика Т.Лірі є, на нашу думку, найбільш оптимальною для дослідження окресленої нами проблеми та охоплює великий спектр особистісних характеристик.

ЛОБИ (Ленинградский опросник Бехтеревского Института) розроблений працівниками Інституту ім. В.М.Бехтерева (м. Санкт-Петербург). Опублікований у 1983 р. Складається з 12 наборів фраз-тверджень, котрі мають стосунок до різних аспектів системи відношень хворого до лікування, майбутнього, оточуючих.

Ціль опитувальника - в оцінці типів психічного реагування на соматичне захворювання.

Обробка даних відбувається за допомогою нормативного трафарету, за кожне співпадання обраної відповіді з нормативною начисляється один бал за тим чи іншим типом психічного реагування. Якщо у трафареті відмічені декілька типів на одну відповідь, то бали начисляються за кожним з них.

Аналіз та інтерпретація робиться на основі порівняння отриманих при обробці даних за всіма типами реагування з мінімальним діагностичним числом. Діагностуються лише ті типи, які дорівнюють або переважають відповідне мінімальне діагностичне число.

На основі отриманих даних робиться припущення про схильність до таких типів психічного реагування на хворобу (за А.О.Личко и І.Я.Івановою):

- типи реагування без порушення соціальної адаптації – гармонічний, ергопатичний, анозогнозичний;

- типи реагування з порушенням соціальної адаптації за інтрапсихічним варіантом – іпохондричний, тривожний, меланхолічний або депресивний, апатичний;

- типи реагування з порушенням соціальної адаптації за інтерпсихічним варіантом – егоцентричний, неврастенічний, obsесивно-фобічний або дисфоричний, сенситивний, ейфоричний, параноїдальний [8].

Наявність неадекватно сформованої ВКХ може опосередковано негативно впливати на перебіг та результат захворювання, створювати серйозні труднощі у взаємовідносинах у сімейному та суспільному житті, ставати гальмом для реалізації складних життєвих програм особистості, розвитку внутрішніх конфліктів різного плану. Поняття «ставлення до хвороби» інтегрує всі психологічні категорії, в рамках яких аналізується поняття «внутрішня картина хвороби». За В.Н.Косиревим, відношення до хвороби окреслює всі характеристики, властиві психологічним стосункам, містить в собі когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти. Об'єктивна ситуація тяжкого соматичного захворювання (інвалідність) призводить до зміни об'єктивного положення людини в соціальному середовищі [19].

Використання методу ЛОБІ надасть змогу визначити не тільки ставлення людини з обмеженими фізичними можливостями до себе і до інших, але в певній мірі допоможе визначити особливості емоційної регуляції міжособистісних стосунків, що є найбільш характерними для людей з обмеженими фізичними можливостями.

Тривожність є комплексним (складним) емоційним станом, котрий може поєднувати в собі страх, гнів, провину, інтерес. До комплексних емоційних переживань також відносять любов і ворожість.

Методика виміру міри тривожності Дж. Тейлора у 1975 р. була доповнена додатковою шкалою брехні (В.Г.Норакідзе), котра дозволяє робити висновки про демонстративність, неправдивість у відповідях.

Опитувальник складається з 60 тверджень, на які необхідно відповідати «так» чи «ні». Обробка результатів відбувається за ключем. Спочатку обраховуються показники за шкалою брехні. Якщо показник переважає 6 балів, то це свідчить про нещирість досліджуваного. На основі отриманих результатів робиться висновок про дуже високий рівень тривоги (40-50 балів); високий рівень тривоги (25-40 балів); середній, з тенденцією до високого, рівень тривоги (15-25 балів); середній, з тенденцією до низького, рівень тривоги (5-15 балів); низький рівень тривоги (0-5 балів)

Опитувальник використовується при індивідуальних та групових дослідженнях.

Використання методики Б.І.Додонова «Яким переживанням я надаю перевагу», як зазначав Я.Л.Коломенський, сприяло вивченню типів емоційної спрямованості. Також він зазначає, що її можна використовувати для вивчення самооцінки і для орієнтовного визначення переважаючого типу емоційної спрямованості. Методика використовується для виявлення провідних факторів виникнення позитивних емоцій [18].

Метод спостереження – це метод пізнання дійсності на основі безпосереднього сприймання, завдяки чому можна отримати різноманітну інформацію про досліджуваного.

Метод спостереження є одним з основних емпіричних методів психологічного дослідження, який складається з систематичного і цілеспрямованого сприймання психічних явищ для вивчення їх специфічних змін в певних умовах і відшукування смислу даних змін. Спостереження допомагає при виявленні особистісних особливостей сприймання, установок, спрямованості особистості і включає в себе елементи теоретичного мислення і кількісний метод їх аналізу.

У даному дослідженні був використаний такий тип спостереження як щоденникові записи, які ведуться вибірково, лімітовано, фіксуючи нові прояви у поведінці.

Недоліком спостереження є необхідність великої кількості часу, як для самого дослідження, так і якісної його обробки. А також неможливість за його допомогою чітко структурувати та формалізувати інформацію.

Спостереження завжди характеризується певною суб'єктивністю, яка може створювати установки, що сприятимуть фіксації значимості певних фактів і їх відповідну інтерпретацію. Відмова від передчасних узагальнень і висновків, а також контроль додатковими методами може звести ефект упередженості до мінімального рівня [8; 44].

2.3. Методи, методика і процедура дослідження

Дослідження проводилось у двох освітніх закладах:

1. У Житомирському державному університеті імені Івана Франка, зі студентами та студентками віком від 18 до 23 років.

2. У Житомирському вищому професійному училищі-інтернаті. З студентами та студентками віком від 17 до 23 років.

Дослідження проводилося у відповідності з вимогами проведення психологічного дослідження.

В дослідженні були використані такі методи:

1. Методика діагностики емоційного інтелекту – МЄІ (для визначення здатності людини до усвідомлення, прийняття і регуляції емоційних станів і почуттів інших людей і самого себе);

2. Методика діагностики міжособистісних стосунків Т.Лірі (спрямована на вивчення взаєностосунків у групі, переважаючий тип стосунків з людьми в самооцінці і взаємооцінці);

3. Методика ЛОБИ (для діагностики типів психічного реагування на соматичне захворювання);

4. Методика виміру рівня тривожності Дж. Тейлора, адаптація Т.А.Немчинова (дозволяє визначити рівень тривоги досліджуваних, шкала брехні допомагає у виокремленні соціально бажаних відповідей);

5. Методика Б.І.Додонова «Яким переживанням я надаю перевагу» (спрямована на вивчення самооцінки і для орієнтовного визначення переважаючого типу емоційної спрямованості);

6. Метод спостереження (допомагає при виявленні особистісних особливостей сприймання, установок, спрямованості особистості і включає в себе елементи теоретичного мислення і кількісний метод їх аналізу).

Дослідження проводилося в два етапи:

1. Проведення комплексу методик з досліджуваними із контрольної вибірки, в індивідуальному порядку;

2. Проведення комплексу методик з досліджуваними з основної вибірки, в індивідуальному порядку:

- змішана група;
- група ДЦП.

Висновки до розділу II

Узагальнюючи отримані результати, ми можемо зазначити, що обрані нами методи є такими, що найефективніше допоможуть у дослідженні особливостей емоційної регуляція міжособистісних стосунків людей з обмеженими фізичними можливостями.

Методика діагностики емоційного інтелекту – МЄІ, допоможе у визначенні внутрішнього та зовнішнього аспектів емоційної сфери суб'єкту. Методика діагностики міжособистісних стосунків Т.Лірі спрямована на вивчення взаємостосунків у групі, переважаючого типу стосунків з людьми в самооцінці і взаємооцінці. Методика Дж.Тейлора дозволяє визначити рівень тривоги досліджуваних, шкала брехні допомагає у виокремленні соціально бажаних відповідей. Методика ЛОБІ (Ленінградський опитувальник Бехтеревського інституту) – застосовується для оцінки типів психічного реагування на соматичні захворювання. Методика Б.І.Додонова «Яким переживанням я надаю перевагу» спрямована на вивчення самооцінки і для орієнтовного визначення переважаючого типу емоційної спрямованості. Метод спостереження є одним з основних емпіричних методів психологічного дослідження, який складається з систематичного і цілеспрямованого сприймання психічних явищ для вивчення їх специфічних змін в певних умовах і відшукування смислу даних змін.

Отримані на основі проведеного емпіричного дослідження результати будуть систематизовані для детального якісного та кількісного аналізу для підтвердження висунутої гіпотези.

Розділ III. КІЛЬКІСНИЙ ТА ЯКІСНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ ЛЮДЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

Отримані в ході дослідження результати вимагають детального кількісного та якісного аналізу, що допоможе при розробці типології та підведенні підсумків проведеної роботи (Додатки А, Б, В, Г, Д, Ж, З, К, Л)

3.1. Аналіз особливостей емоційної регуляції міжособистісних стосунків людей з обмеженими фізичними можливостями у змішаній групі та групі ДЦП

Аналіз результатів за методикою діагностики емоційного інтелекту – МЄІ, у змішаній групі по інтегральним показникам виявив наступне:

- у 30% досліджуваних внутрішньо-особистісний показник емоційного інтелекту знаходиться на високому рівні прояву (7-10 стенів), 30% на середньому рівні прояву (3-6 стенів) та 40% на низькому рівні прояву;
- міжособистісний показник емоційного інтелекту високого рівня прояву у 10%, середній рівень у 40% і низький рівень у 50%;
- інтегральний показник емоційного інтелекту у 60% досліджуваних знаходиться на високому рівні прояву, у 10% на середньому і у 30% на низькому рівні прояву.

Результати за кожною шкалою окремо дозволили виявити наступне:

1. Шкала №1 – усвідомлення своїх почуттів та емоцій:
 - 20% - високий рівень - висока адекватна самооцінка психолого-педагогічних знань, усвідомлення своїх можливостей, висока оцінка самосприйняття з боку партнерів. Розвинута рефлексія та інтуїція;
 - 10% - середній рівень - активність і гнучкість як особистісні особливості емоційної сфери допомагають швидко відгукуватися на оточуючі події, порівняно легко знаходити вихід з проблемних ситуацій;

- 70% - низький рівень - низька здатність до розуміння ролі власних почуттів в роботі та спілкуванні. Слабко виражена потреба в самопізнанні.

2. Шкала №2 – керування своїми почуттями та емоціями:

- 90% - високий рівень - розвинута здатність керувати своїми емоціями та почуттями, вміння приймати і контролювати почуття і емоції;

- 10% - середній рівень - Вміння керувати собою, самоспостереження. Можлива недостатня усвідомленість власних емоційних станів та почуттів інших людей.

3. Шкала №3 – усвідомлення почуттів та емоцій інших людей:

- 40% - середній рівень - здатність позитивно впливати на результативність процесу спілкування, прагнення до продуктивного вирішення проблем;

- 60% - низький рівень - низький рівень рефлексії та ідентифікації. Складність у налаштованості на партнера по спілкуванню.

4. Шкала №4 – керування почуттями та емоціями інших людей:

- 40% - високий рівень - неупереджене ставлення до інших. Високий рівень психологічної гнучкості при побудові стосунків;

- 40% - середній рівень - високий рівень психологічної гнучкості при побудові стосунків. Внутрішній світ людини не викликає зацікавлення;

- 20% - низький рівень - ігнорування почуттів інших людей, неврахування їх в загальному контексті чи відповідно певній ситуації.

Отримані результати свідчать про високий рівень контролю власних почуттів, їх чітку диференціацію та усвідомленість, а також високий рівень контролю та прийняття почуттів та емоцій інших людей, їх активне використання у власних інтересах.

Результати, отримані за методикою діагностики міжособистісних стосунків Т.Лірі, свідчать про відсутність яскраво вираженого типу міжособистісних стосунків, проте спостерігається певна бальна перевага фактору підпорядкування.

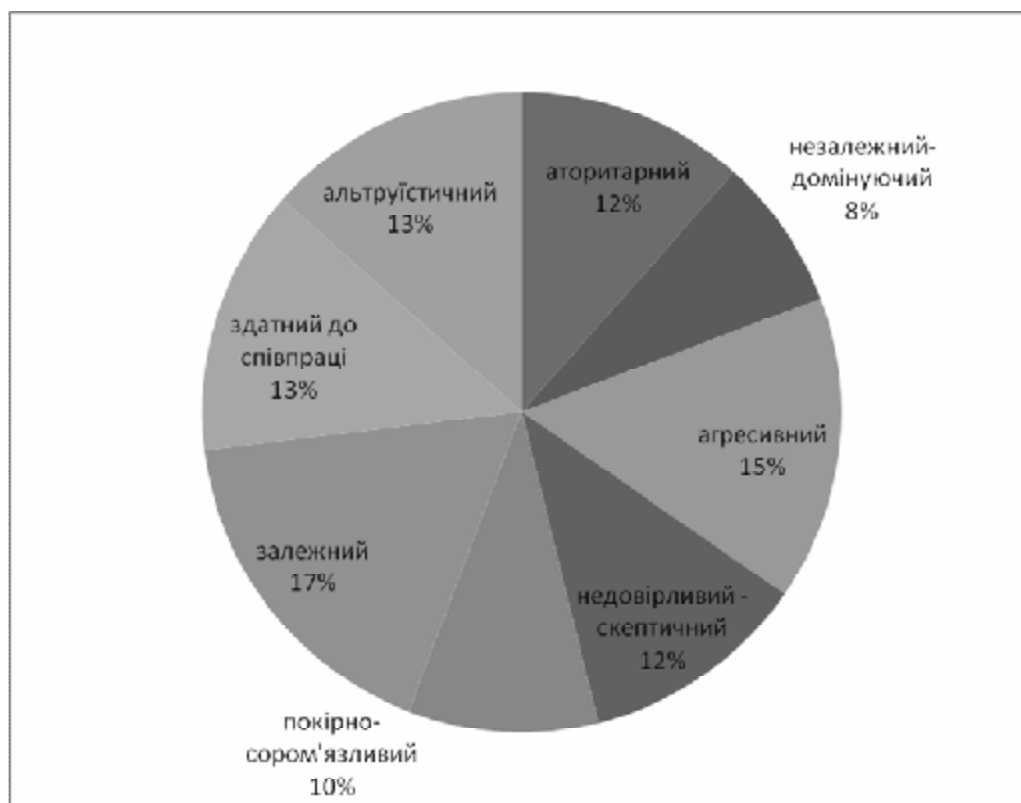


Рис. 1. Процентне представлення вираженості стилів міжособистісних стосунків за методикою Т.Лірі у змішаній групі

Авторитарний

- 80% - низький рівень прояву – упевнений у собі, наполегливий, може бути хорошим наставником і організатором. Володіє якостями керівника;

- 20% - середній рівень прояву – домінуючий, успішний у справах, енергійний; любить давати поради, вимагає до себе поваги; може бути нетерпимим до критики; йому властива переоцінка власних можливостей.

Незалежний - домінуючий

- 90% - низький рівень прояву – упевнений, незалежний, орієнтований на себе, схильний до конкуренції;

- 10% - середній рівень прояву – самозадоволений, нарцистичний, з вираженим почуттям власної гідності, зверхності над

оточуючими, з тенденцією мати особливу думку, відмінну від думки більшості та займати особливу позицію у групі.

Агресивний

- 90% - низький рівень прояву – впертий, наполегливий у досягненні мети, енергійний, безпосередній;
- 10% - середній рівень прояву – вимогливий, прямолінійний, щирий; суворий і різкий в оцінці інших; непримиренний. Схильний в усьому звинувачувати оточуючих

Недовірливий – скептичний

- 100% - низький рівень прояву – реалістичний у судженнях і вчинках; критичний відносно оточуючих; скептик, неконформний.

Покірно – сором'язливий

- 80% - низький рівень прояву – скромний, нерішучий, поступливий; емоційно стриманий; схильний підкорятися; не має власної думки; слухняно і чесно виконує всі обов'язки;
- 20% - середній рівень прояву – сором'язливий, легко ніяковіє; схильний підкорятися сильнішому без урахування ситуації.

Залежний

- 70% - низький рівень прояву – конформний, м'який; очікує допомоги і поради; схильний до захоплення оточуючими; ввічливий і потребує визнання;
- 30% - середній рівень прояву – слухняний, боягузливий, безпорадний; не вміє чинити опір; щиро вважає, що інші завжди праві.

Здатний до співпраці

- 80% - низький рівень прояву – схильний до співробітництва, кооперації; гнучкий та компромісний у прийнятті рішень, вирішенні проблем і конфліктних рішень; намагається погоджуватися з думкою оточуючих;

- 20% - середній рівень прояву – приязний і люб’язний з усіма; орієнтований на соціальне прийняття і позитивне визнання; прагне задовольнити вимоги всіх.

Альтруїстичний

- 90% - низький рівень прояву – відповідальний по відношенню до людей, делікатний, добрий; емоційне ставлення до людей виявляється у співчутті, симпатії, вмє підтримати, заспокоїти оточуючих, безкорисливий і здатний відгукуватися на чужі проблеми;

- 10% - середній рівень прояву – гіпервідповідальний; завжди приносить у жертву свої інтереси; намагається допомогти і співпереживати всім; нав’язливий у своїй допомозі і надто активний по відношенню до оточуючих; неадекватно приймає на себе відповідальність за інших.

За даними методики ЛОБІ у групі спостерігається переважання параноїдального типу реагування на соматичне захворювання (50% учасників дослідження), сенситивного (40% учасники дослідження) та ейфорійного (30% учасники дослідження).

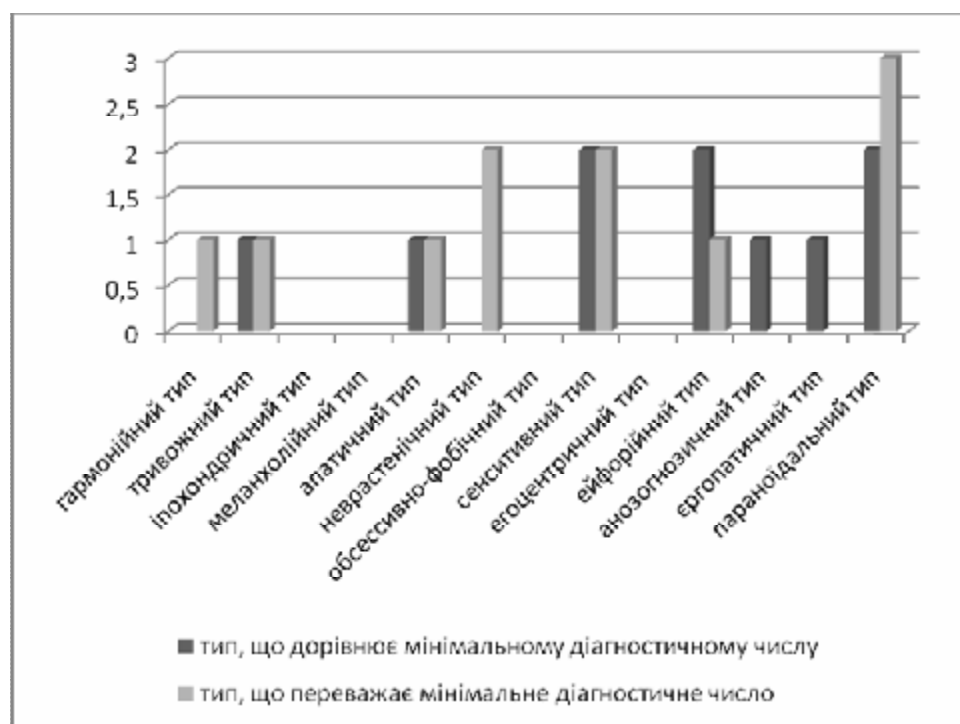


Рис. 2. Діаграмне представлення результатів за методикою ЛОБІ (діагностика психічного типу реагування на соматичне захворювання) у змішаній групі

Параноїдальний тип – переконаність, що у захворюванні винні оточуючі, насамперед медперсонал. Недовіра до оточуючих, відмова при наданні допомоги, замкненість.

Сенситивний тип – відчуття неповноцінності, страх бути тягарем для рідних, надмірна турбота стосовно того, як виглядаєш для оточуючих і що вони думають з цього приводу. Основою є рефлексивний тип мислення і підпорядкований стиль поведінки. Відмічається підвищена сором'язливість та нерішучість.

Ейфорійний тип – необґрунтовано веселий настрій, не рідно награний. Зневажливе, легке відношення до захворювання та лікування. Така поведінка носить захисний характер.

Такі типи як тривожний (характерними є зацікавленість власним станом здоров'я, думка стосовно цього оточуючих та тривожний, пригнічений настрій), апатичний (повна пасивність до власного стану та свого захворювання, підкорення лікуванню, можлива депресія і фіксація на захворюванні), неврастенічний (поведінка за типом «дратівлива слабкість», яка зачіпає всі сфери життя) спостерігаються у двох представників групи. Гармонійний (твереза оцінка власного стану без схильності перебільшувати важкість захворювання, або недооцінювання його), анозогностичний (активне заперечення наявності у себе будь якого захворювання, відмова від допомоги та лікування) та ергопатійний (поведінка за типом «поринання у роботу») типи спостерігаються у одного учасника дослідження.

Отримані результати свідчать про відчуття неповноцінності, обтяжене замкненістю, недовірою до оточуючих, підвищеною чутливістю до соціальної думки, що маскується награно веселим настроєм, бажанням допомогти оточуючим

Результати включеного спостереження (див. Додаток 3) виявили наступне:

- посилені вегетативні реакції, а саме м'язова напруга 20%;

- афективні прояви: гіперзацікавленність 20% та байдужість і автоматизм виконання завдань - 14%.

Методика виміру рівня тривожності Дж.Тейлора показала, що у змішаній групі спостерігається спрямованість до середнього (з тенденцією до високого) рівня тривожності - 70% досліджуваних. У 20% рівень тривожності середній (з тенденцією до низького) рівень тривожності і у 10% високий рівень тривожності.

За методикою Б.І.Додонова перевага надається переживанням комунікативного, гностичного (прагнення до пізнання) та акізитивного (інтерес до накопичення) характеру. Частина групи прагне (70% учасників дослідження) до збільшення переживань, пов'язаних з естетичними емоціями, гностичними та емоціями самоствердження.

Аналіз результатів особливостей емоційної регуляції міжособистісних стосунків людей з обмеженими фізичними можливостями у групах ДЦП дозволив нам отримати наступні дані.

За методикою діагностики емоційного інтелекту – МЄІ, у змішаній групі за інтегральним показником спостерігається наступне:

- у 30% досліджуваних внутрішньо-особистісний показник емоційного інтелекту знаходиться на високому рівні прояву (7-10 стенів), 40% на середньому рівні прояву (3-6 стенів) та 30% на низькому рівні прояву;
- міжособистісний показник емоційного інтелекту високого рівня прояву у 10%, середній рівень у 50% і низький рівень у 40%;
- інтегральний показник емоційного інтелекту у 40% досліджуваних знаходиться на високому рівні прояву, у 10% на середньому і у 50% на низькому рівні прояву.

Результати за кожною шкалою окремо дозволили виявити наступне:

1. Шкала №1 – усвідомлення своїх почуттів та емоцій:

- 10% - високий рівень - гарно розвинута емоційна самосвідомість, розуміння ролі почуттів та емоцій в роботі та спілкуванні.

- 20% - середній рівень - активність і гнучкість як особистісні особливості емоційної сфери допомагають швидко відгукуватися на оточуючі події, порівняно легко знаходити вихід з проблемних ситуацій.

- 70% - низький рівень - занижена самооцінка своїх можливостей.

Низький рівень рефлексії та розуміння думок, почуттів інших людей.

2. Шкала №2 – керування своїми почуттями та емоціями:

- 80% - високий рівень - можливість використовувати свої емоції для досягнення поставленої цілі. Високий рівень розвитку самоконтролю.

- 20% - середній рівень - вміння керувати собою, самоспостереження. Можлива недостатня усвідомленість власних емоційних станів та почуттів інших людей.

3. Шкала №3 – усвідомлення почуттів та емоцій інших людей:

- 20% - середній рівень - Прогнозування зачіпає лише певні сторони життя і не є загальним.

- 80% - низький рівень - низький рівень рефлексії та ідентифікації. Складність у налаштуваності на партнера по спілкуванню.

4. Шкала №4 – керування почуттями та емоціями інших людей:

- 40% - високий рівень - уміння приймати рішення, не применшуючи власних інтересів і інтересів інших людей. Високий рівень рефлексії.

- 30% - середній рівень - Упереджене ставлення до інших. Ригідність у пристосуванні до зміни умов роботи або спілкування.

- 30% - низький рівень - власне рішення є головним. Внутрішній світ людини не викликає зацікавлення. Упереджене ставлення до інших.

Це свідчить про гарно розвинуту емоційну самосвідомість, розуміння ролі почуттів та емоцій в роботі та спілкуванні. Висока адекватна самооцінка психолого-педагогічних знань, усвідомлення своїх можливостей, висока оцінка самосприйняття з боку партнерів. Розвинута рефлексія та інтуїція. Уміння приймати рішення, не применшуючи власних інтересів і інтересів

інших людей. Високий рівень рефлексії. Неупереджене ставлення до інших. Високий рівень психологічної гнучкості при побудові стосунків.

Результати, отримані за методикою діагностики міжособистісних стосунків Т.Лірі свідчать про відсутність яскраво вираженого типу міжособистісних стосунків, проте спостерігається певна бальна перевага фактору підпорядкування.

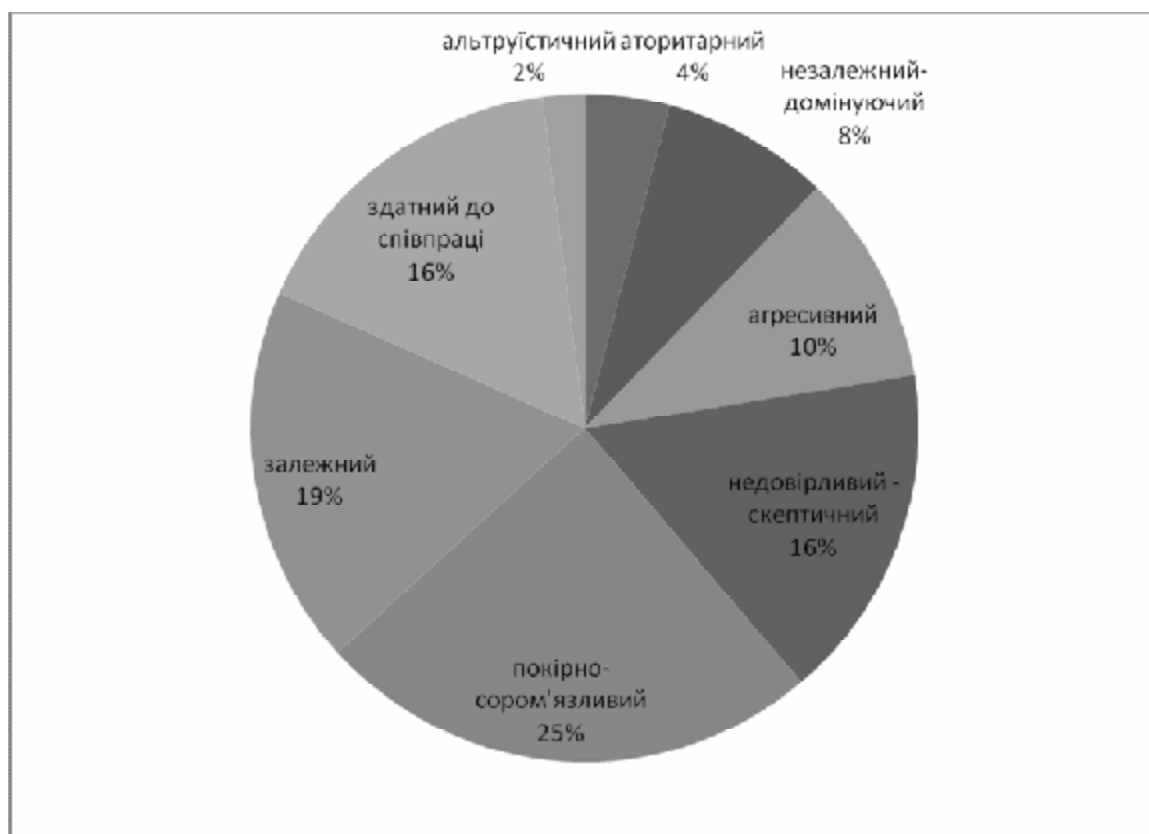


Рис. 3. Процентне представлення вираженості стилів міжособистісних стосунків за методикою Т.Лірі у групі ДЦП

Авторитарний

- 90% - низький рівень прояву – оптимістичність, швидкість реакцій, висока активність, виражена мотивація досягнення, тенденція до домінування, підвищений рівень домагань;

- 10% - середній рівень прояву - упевнений у собі, наполегливий, може бути гарним організатором і керівником.

Незалежний - домінуючий

- 100% - низький рівень прояву – самовдоволеність, дистантність, егоцентричність, завищений рівень вимог, виражене почуття

конкурентності, що виявляється у прагненні зайняти особливу позицію у групі; стиль мислення нешаблонний, творчий.

Агресивний

- 100% - низький рівень прояву – ригідність установок, яка співвідноситься з високою спонтанністю; наполегливість у досягненні мети, практицизм із недостатньою опорою на минулий досвід.

Недовірливий – скептичний

- 100% - низький рівень прояву – схильність до побудови ригідних і надто важливих умовиводів, пов'язаних з переконаністю у недобррозичливості оточуючих; випереджаюча ворожість у висловлюваннях і поведінці; системне мислення; практичність, реалістичність, підвищена конфліктність, що може пригнічуватися і не проявляти себе зовні, створюючи додаткову напругу.

Покірно – сором'язливий

- 70% - низький рівень прояву - інтровертованість, пасивність, педантичність у питаннях моралі і совісті; схильність до покори, невпевненості в собі, з посиленою схильністю до рефлексії;

- 30% - середній рівень прояву – домінування мотивації уникнення неспіху і низької мотивації досягнення; занижена самооцінка, тривожність, з посиленням почуттям відповідальності.

Залежний

- 60% - низький рівень прояву – висока тривожність, посилена чутливість до впливу середовища; тенденція до спрямованості на стосунки зі значущими людьми; залежність власної думки від думки оточуючих;

- 40% - середній рівень прояву – потреба у прихильності і теплих взаєминах є провідною. Невпевненість у собі тісно пов'язана з нестійкою самооцінкою. Підвищена самокритичність.

Здатний до співпраці

- 70% - низький рівень прояву – характерний для емоційно-нестійких особистостей з високим рівнем тривожності і низьким рівнем агресії;

- 20% - середній рівень прояву – посилена реакція на впливи середовища; залежність самооцінки від думки значущих людей; екзальтована потреба у поширенні дружелюбності на оточуючих;

- 10% - екстремальний рівень прояву - комунікабельний, орієнтований на соціальне прийняття і позитивне визнання; має розвинені механізми витіснення і пригнічення; емоційно дуже лабільний.

Альтруїстичний

- 90% - низький рівень прояву – потреба у відповідності соціальним нормам поведінки зі схильністю до досягнення гармонії в міжособистісних стосунках; з екзальтацією у висловленні своїх переконань;

- 10% - середній рівень прояву - виражена емоційна вимогливість, яка може мати більше поверховий характер, аніж це декларується; з художнім типом сприймання і переробки інформації; стиль мислення – цілісний, образний.

За даними методики ЛОБІ у групі спостерігається переважання сенситивного типу реагування на соматичне захворювання (50% учасників дослідження), параноїдального (40% учасники дослідження) та тривожного (30% учасники дослідження).

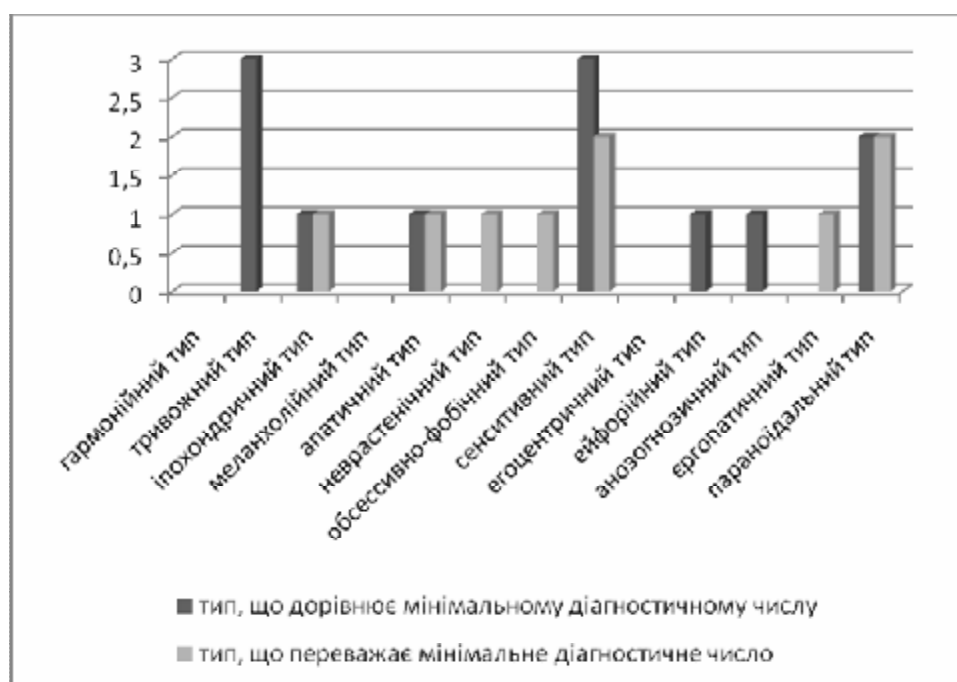


Рис. 4. Діаграмне представлення результатів за методикою ЛОБІ (діагностика психічного типу реагування на соматичне захворювання) у групі ДЦП

Сенситивний тип – відчуття неповноцінності, страх бути тягарем для рідних, надмірна стурбованість стосовно того, як виглядаєш для оточуючих і що вони думають з цього приводу. Основою є рефлексивний тип мислення і підпорядкований стиль поведінки. Відмічається підвищена сором'язливість та нерішучість.

Параноїдальний тип – переконаність, що у захворюванні винні оточуючі, насамперед медперсонал. Недовіра до оточуючих, відмова при наданні допомоги, замкненість.

Тривожний тип – передбачає проєкцію в майбутнє, що базується на переживаннях впливу захворювання на стиль життя. Характерними є зацікавленість власним станом здоров'я, думка стосовно цього оточуючих та тривожний, пригнічений настрій.

Такі типи реагування як неврастенічний (поведінка за типом «дратівлива слабкість», яка зачіпає всі сфери життя), obsесивно-фобічний (домінування у поведінці нав'язливих станів, побоювань і особливо ритуалів і забобонів), ейфорійний (зневажливе ставлення до захворювання і власного

здоров'я, часто підвищено веселий настрій, награна веселість, активність), анозогнозичний (активне заперечення наявності у себе будь якого захворювання, відмова від допомоги та лікування), ергопатійний (поведінка за типом «поринання у роботу») спостерігаються у одного представника групи. Іпохондричний (поведінка за типом привертання уваги до себе та свого захворювання, егоцентризм і награність поведінки) та апатичний (повна пасивність до власного стану та свого захворювання, підкорення лікуванню, можлива депресія і фіксація на захворюванні є наявними у двох досліджуваних.

Результати включеного спостереження (див. Додаток К) виявили наступне:

- посиленні вегетативні реакції, а саме м'язової напруги - 20%;
- афективні прояви: гіперзацікавленність - 17% та байдужість і автоматизм виконання завдань - 14%.

Методика виміру рівня тривожності Дж.Тейлора показала, що у групі ДЦП спостерігається спрямованість до високого рівня тривожності - 60% досліджуваних. У 20% рівень тривожності середній (з тенденцією до високого) рівень тривожності і у 20% середній, з тенденцією до низького, рівень тривожності.

За методикою Б.І.Додонова перевага надається переживанням комунікативного, гностичного (прагнення до пізнання) та акізитивного (інтерес до накопичення) характеру. Частина групи прагне (5 учасників дослідження) до збільшення переживань, пов'язаних з естетичними емоціями та емоціями самоствердження.

3.2. Аналіз особливості емоційної регуляції міжособистісних стосунків людей без обмежених фізичних можливостей у контрольній групі

Аналіз результатів за методикою діагностики емоційного інтелекту – МЄІ, у змішаній групі по інтегральним показникам виявив наступне:

- у 70% на середньому рівні прояву (3-6 стенів) та 30% на низькому рівні прояву;

- міжособистісний показник емоційного інтелекту високого рівня прояву у 10%, середній рівень у 30% і низький рівень у 60%;

- інтегральний показник емоційного інтелекту у 40% досліджуваних знаходиться на високому рівні прояву, у 30% - на середньому і у 30% - на низькому рівні прояву.

Результати за кожною шкалою окремо дозволили виявити наступне:

1. Шкала №1 – усвідомлення своїх почуттів та емоцій:

- 40% - середній рівень - активність і гнучкість як особистісні особливості емоційної сфери допомагають швидко відгукуватися на оточуючі події, порівняно легко знаходити вихід з проблемних ситуацій. Недостатня опора на інтуїцію в діяльності і спілкуванні. Низька цікавість до духовного розвитку.

- 60% - низький рівень - Пасивність, ригідність комунікації. Труднощі у вирішенні проблемних ситуацій, пов'язаних з міжособистісною взаємодією.

2. Шкала №2 – керування своїми почуттями та емоціями:

- 80% - високий рівень - Усвідомлення толерантної та інтолерантної складової самого себе. Високий рівень розвитку самоконтролю;

- 10% - середній рівень - зміна позицій, настрою у відповідності до ситуації. Переважання позитивного мислення та світогляду;

- 10% - низький рівень - імпульсивність, яка може заважати досягненню поставленої цілі. Низький самоконтроль. Нетерпимість до позицій інших, поглядів, цінностей, стилю життя. Низька спостережливість у спілкуванні.

3. Шкала №3 – усвідомлення почуттів та емоцій інших людей:

- 30% - високий рівень - високий рівень розвитку рефлексії та ідентифікації. Високий рівень співпереживання та міжособистісної симпатії.

Намагаються шукати продуктивні рішення проблем. Високий рівень розвитку усвідомлення почуттів передбачає цілісне сприймання себе та інших людей.

- 70% низький рівень - Прогнозування зачіпає лише певні сторони життя і не є загальним. низький рівень рефлексії та ідентифікації.

4. Шкала №4 – керування почуттями та емоціями інших людей:

- 30% - високий рівень - Високий рівень рефлексії. Високий рівень психологічної гнучкості при побудові стосунків.

- 50% - середній рівень – високий рівень психологічної гнучкості при побудові стосунків. Внутрішній світ людини не викликає зацікавлення.

- 20% - низький рівень - Ригідність у пристосуванні до зміни умов роботи або спілкування.

Це свідчить про те, що активність і гнучкість як особистісні особливості емоційної сфери допомагають швидко відгукуватися на оточуючі події, порівняно легко знаходити вихід з проблемних ситуацій. Також притаманні недостатня опора на інтуїцію в діяльності і спілкуванні, низька цікавість до духовного розвитку.

Результати, отримані за методикою діагностики міжособистісних стосунків Т.Лірі свідчать про відсутність яскраво вираженого одного типу міжособистісних стосунків, проте спостерігається перевага прояву фактору домінування.

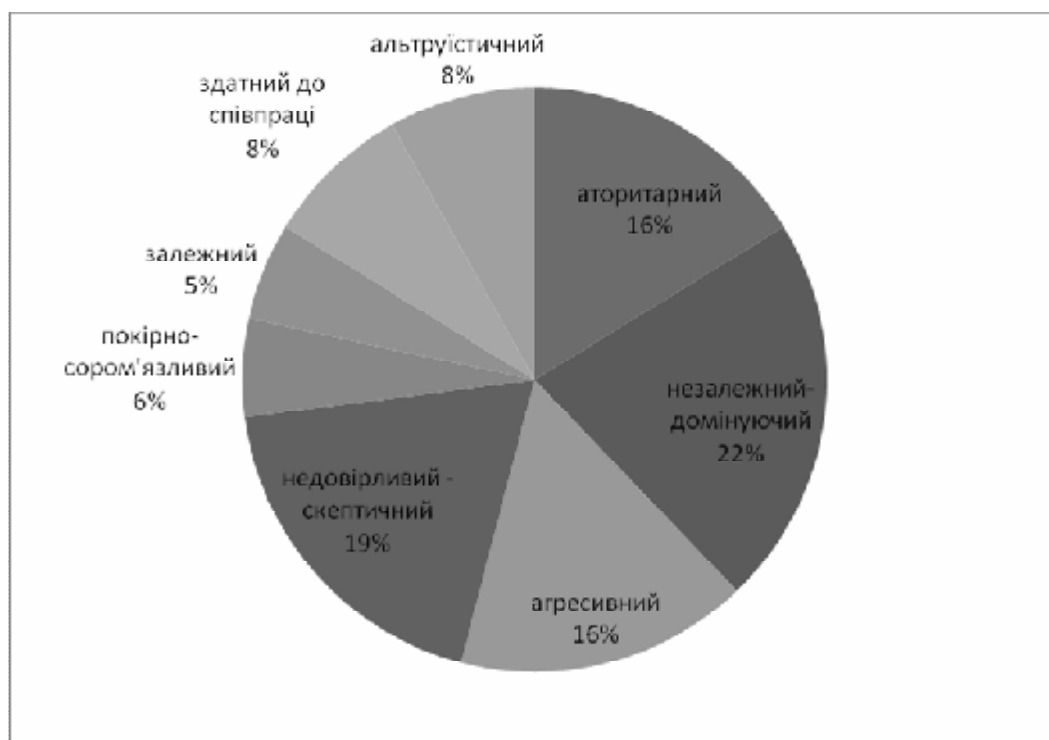


Рис. 5. Процентне представлення вираженості стилів міжособистісних стосунків за методикою Т.Лірі у контрольній групі

Авторитарний

- 80% - низький рівень прояву - легкість і швидкість у прийнятті рішень, орієнтація здебільшого на власні думки і мінімальну залежність від зовнішніх факторів середовища, екстравертованість;
- 20% - середній рівень прояву - доміантний, енергійний, успіх у справах, схильний давати поради, потребує до себе поваги, може бути нестерпним до критики, йому властиве переоцінювання власних можливостей.

Незалежний - домінуючий

- 90% - низький рівень прояву – висока пошукова активність поєднується з розсудливістю; низька підкорюваність у поєднанні з відсутністю прагнення вести людей за собою, заражаючи своїми ідеями, бути лідером;
- 10% - середній рівень прояву – думки оточуючих сприймаються критично, власна думка переходить у ранг догми або досить

категорично відстоюється; емоції на низькому рівні прояву, вчинки неконформні.

Агресивний

- 90% - низький рівень прояву – безпосередність і прямолінійність висловлювань і вчинків; посилена образливість, яка легко згасає у ситуації комфортності та непригнічуваності особистості з боку співрозмовника;

- 10% - середній рівень прояву – легко спалахує почуття ворожості у разі протидії чи критики на свою адресу; посилене почуття справедливості, що поєднується з переконаністю у власній правоті.

Недовірливий – скептичний

- 100% - низький рівень прояву - відокремленість, замкненість, критичне ставлення до будь-яких думок, крім особистих; незадоволеність своєю соціальною позицією; неконформність суджень і вчинків.

Покірно – сором'язливий

- 80% - низький рівень прояву - уникають широких контактів і соціальних ролей, у яких би вони могли звернути на себе увагу оточуючих; чутливі і вразливі; хворобливо зосереджені на своїх недоліках і проблемах;

- 20% - середній рівень прояву – незадоволеність собою, схильність до того, щоб звинувачувати себе у невдачах; легко впадають у смуток; песимістично оцінюють свої перспективи; акуратні і добрі виконавці роботи.

Залежний

- 70% - низький рівень прояву – хороша виконавська дисципліна і відповідальність у роботі створює їм хорошу репутацію в колективі, але інертність прийняття рішень, конформність і невпевненість у собі заважає стати лідером;

- 30% - середній рівень прояву – посилена вразливість, чутливість до неухважності і грубості оточуючих, підвищена самокритичність, страх неуспіху як основа мотиваційної спрямованості.

Здатний до співпраці

- 80% - низький рівень прояву – підвищене прагнення знайти порозуміння з іншими; ентузіазм, сприйнятливність до емоційного настрою групи; широке коло інтересів при деякій поверховості захоплень;

- 20% - середній рівень прояву – пошук визнання в очах найбільш авторитетних особистостей, залежність самооцінки від думки значущих людей.

Альтруїстичний

- 90% - низький рівень прояву – легке входження в різні соціальні ролі, гнучкість у контактах; комунікабельність, доброзичливість; прагнення до діяльності корисної усім людям; місіонерський склад особистості;

- 10% - середній рівень прояву – артистичність, потреба справляти приємне враження, подобатися оточуючим; проблема витісненої ворожості, соматизація тривоги, схильність до психосоматичним захворюванням, вегетативний дисбаланс як результат блокування поведінкових реакцій.

За даними методики ЛОБІ у групі спостерігається переважання типу параноїдального реагування на соматичне захворювання (40% учасники дослідження) та неврастенічного (40% учасники дослідження).

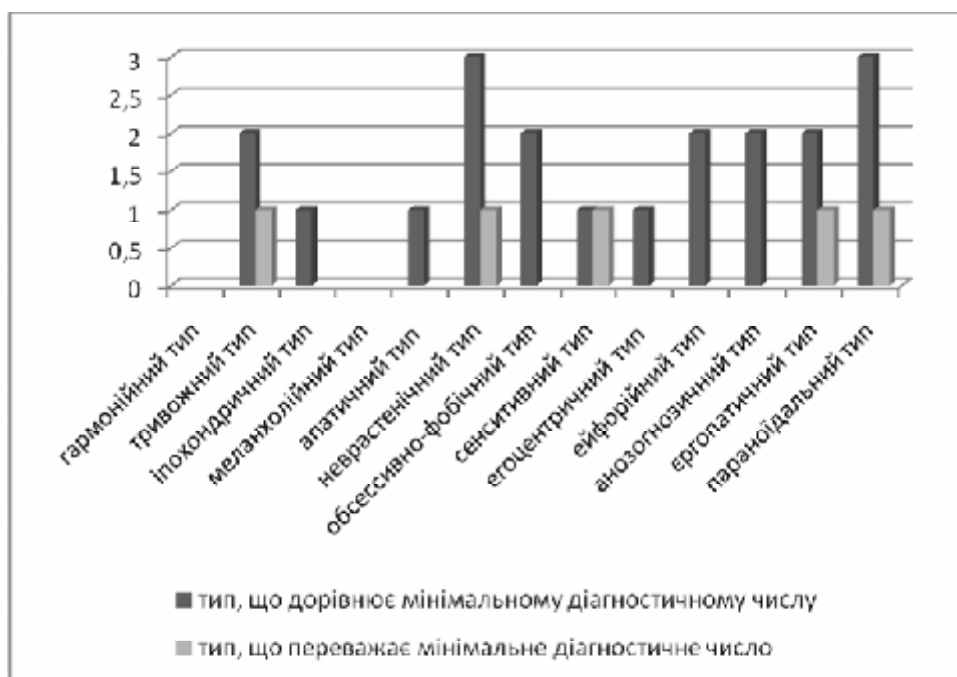


Рис. 6. Діаграмне представлення результатів за методикою ЛОБІ (діагностика психічного типу реагування на соматичне захворювання) у контрольній групі

Параноїдальний тип – переконаність, що у захворюванні винні оточуючі, насамперед медперсонал. Недовіра до оточуючих, відмова при наданні допомоги, замкненість.

Тривожний тип – передбачає проєкцію в майбутнє, що базується на переживаннях впливу захворювання на стиль життя. Характерними є зацікавленість власним станом здоров'я, думка стосовно цього оточуючих та тривожний, пригнічений настрій.

Це свідчить про безперервне занепокоєння відносно несприятливого плину захворювання, можливих ускладнень, неефективності лікування. Настрій переважно пригнічений через зміну повсякденного плину життя. Тривога проєктується у майбутнє і викликана страхом істотної зміни звичного життєвого стереотипу.

Результати включеного спостереження (див. Додаток Л) виявили наступне:

- посилені вегетативні реакції, а саме м'язової напруги - 21%;

- афективні прояви: гіперзацікавленність - 26% та байдужість і автоматизм виконання завдань - 16%, різка зміна настрою - 16%;

Методика виміру рівня тривожності Дж.Тейлора показала, що у зміщаній групі спостерігається наявність до середнього (з тенденцією до високого) рівня тривожності - 60% досліджуваних. У 30% високий рівень тривожності і у 10% - рівень тривожності середній (з тенденцією до низького) рівень тривожності.

За методикою Б.І.Додонова перевага надається переживанням комунікативного та гностичного (прагнення до пізнання) характеру. Частина групи прагне (5 учасників дослідження) до збільшення переживань, пов'язаних з акізитивними та пугнічними емоціями

3.3. Порівняльний аналіз отриманих результатів дослідження особливостей емоційної регуляції міжособистісних стосунків людей з обмеженими фізичними можливостями

Аналізуючи отримані в ході дослідження результати ми можемо представити таблицю узагальнених даних і на її основі провести порівняльний аналіз.

Таблиця узагальнених результатів дослідження особливостей емоційної регуляції міжособистісних стосунків

Група	Методика МЄІ	Методика Т. Лірі	Методика ЛОБІ	Методика Дж.Тейлора	Методика Б.І.Додонова	Спостереження
Змішана	Рівномірно високий інтегральний показник	Стиль міжособистісних стосунків спрямований на підпорядкування.	Переважаючим є тип реагування з порушенням соціальної адаптації за інтерпсихічним варіантом	Середній, з тенденцією до високого, рівень тривоги	перевага надається переживанням комунікативного гностичного (прагнення до пізнання) та акізитивного (інтерес до накопичення) характеру.	Афективні прояви (гіперзацікавленність – 20%). Вегетативні реакції (посилення м'язової напруги – 20%)
ДЦП	Рівномірно високий інтегральний показник	Стиль міжособистісних стосунків спрямований на підпорядкування.	Переважаючим є тип реагування з порушенням соціальної адаптації за інтерпсихічним варіантом	Високий рівень тривоги	перевага надається переживанням комунікативного гностичного (прагнення до пізнання) та акізитивного (інтерес до накопичення) характеру.	Афективні прояви (гіперзацікавленність – 20%). Вегетативні реакції (посилення м'язової напруги – 17%)
Контрольна	Переважання внутрішньо особистісного показника над міжособистісним	Стиль міжособистісних стосунків спрямований на домінування.	Переважаючим є тип реагування з порушенням соціальної адаптації за інтерпсихічним варіантом	Середній рівень тривоги, з тенденцією як до підвищення, так і до зниження	перевага надається переживанням комунікативного гностичного (прагнення до пізнання) та акізитивного (інтерес до накопичення) характеру.	Афективні прояви (гіперзацікавленність – 26%). Вегетативні реакції (посилення м'язової напруги – 21%)

Спираючись на отримані результати, ми можемо виокремити наступні особливості емоційної регуляції міжособистісних стосунків, що є притаманними людям з обмеженими фізичними можливостями:

- високий або середній, з тенденцією до високого, рівень тривожності. Спостерігаються соціально бажані відповіді, що може свідчити про тенденцію до витіснення травмуючого фактору поза зоною соціальних інтересів;

- середній рівень прояву за шкалами підпорядкування (покірно - сором'язливий, залежний, здатний до співпраці та альтруїстичний типи). У всіх трьох групах можна відмітити переважаючий низький рівень прояву майже у всіх типах міжособистісних стосунків;

- високий рівень контролю за власними почуттями та емоціями, а також високий рівень контролю за почуттями та емоціями інших людей;

- переважаючими типами реагування на соматичне захворювання є параноїдальний, сенситивний та ейфорійний – відчуття неповноцінності обтяжене замкненістю, недовірою до оточуючих, підвищеною чутливістю до соціальної думки, що маскується награно веселим настроєм, бажанням допомогти оточуючим;

- переважання комунікативних, гностичних та акізитивних емоцій;

- посилені вегетативні реакції (м'язова напруга) та афективні прояви (гіперзацікавленність).

В контрольній групі були виявленні наступні особливості емоційної регуляції міжособистісних стосунків:

- посилені вегетативні реакції (м'язова напруга) та афективні прояви (різка зміна настрою, автоматизм та байдужість, гіперзацікавленність);

- переважаючими типами реагування на соматичне захворювання є неврастенічний та параноїдальний – підвищена роздратованість, слабкість, невдоволеність як оточуючими так і собою;

- піко-подібне відображення підпорядкування-домінування, без яскраво виражених переваг;
- високий рівень контролю за власними почуттями та емоціями;
- середній, з тенденцією до високого, рівень тривожності;
- переважають комунікативні та гностичні емоції.

Отже, порівнюючи особливості емоційної регуляції міжособистісних стосунків людей з обмеженими фізичними можливостями, з особливостями, отриманими в контрольній групі, ми можемо зазначити, що спостерігаються досить суттєві відмінності і в інтенсивності прояву окреслених особливостей та кількісному вираженні.

Ми можемо також зазначити наступне. По-перше: спостерігалися такі порушення емоційно-вольової сфери:: підвищена емоційна збудливість в поєднанні з вираженою нестійкістю вегетативних реакцій (м'язова напруга, прискорене дихання, почервоніння обличчя); несаможиттєвість (необхідність чітких інструкцій, перепитування, весь час звертаються за допомогою до дослідника чи товаришів). По-друге, у змішаній групі та групі ДЦП спостерігається наявність унікаючого (досліджувані А, Б, Д, М у змішаній групі; досліджувані В, Г, Ж, З, К, Л у групі ДЦП) та соціально-корисного (досліджувані Б, З, К у змішаній групі; досліджувані А, В, Г, Д, Ж, Л, М у групі ДЦП) особистісного типу за А.Адлером, тоді як у контрольній групі, окрім унікаючого (досліджуваній М) та соціально-корисного (досліджувані А, Б, В, Г, Д, З), представлений також і керуючий (досліджувані Ж, К, Л) особистісний тип.

ВИСНОВКИ

Магістерська робота присвячена актуальній проблемі емоційної регуляції міжособистісних стосунків людей з обмеженими фізичними можливостями, що є предметом наукового дослідження у віковій, загальній, соціальній, спеціальній психології та психології особистості. Специфіка емоційних переживань має велике значення для розуміння суб'єктивного світу людини і, як наслідок, її поведінки та взаємодії з оточуючими. В емоційних реакціях відображається безпосереднє ставлення людини до себе та до інших людей. Узагальнення результатів теоретичного аналізу та емпіричного дослідження окресленої проблеми дозволяє нам зробити наступні висновки.

Проблема емоційної регуляції міжособистісних стосунків розглядається в доволі широкому контексті. У зарубіжній психології в контексті двох підходів – нормоцентрованого та особистісно-орієнтованого. У вітчизняній психології - в контексті проблеми спілкування, психології емоцій, клінічного та патопсихологічного підходів.

Досліджуючи особливості людей з обмеженими фізичними можливостями, ми виходили з розуміння емоційної регуляції міжособистісних стосунків як вміння справлятися зі своїми емоціями соціально бажаними засобами. Можна виділити такі характеристики особливостей емоційної регуляції міжособистісних стосунків людей з обмеженими фізичними можливостями: рівень тривоги збільшується в залежності від суб'єктивної оцінки важкості фізичних обмежень; переважаючим є тип реагування з порушенням соціальної адаптації за інтерпсихічним варіантом; спостерігається високий інтегральний показник емоційного інтелекту; стиль міжособистісних стосунків спрямований на підпорядкованість; переживання носять комунікативний, гностичний і акізитивний характер.

Інтерпретуючи отримані результати, зазначимо, що емоційна регуляція міжособистісних стосунків людей з обмеженими фізичними можливостями має ряд особливостей:

- стиль міжособистісних стосунків спрямований на домінування конформних установок: спостерігається підпорядкованість у контактах з оточуючими, невпевненість у собі, піддатливість думці оточуючих, схильність до компромісів, а також прагнення бути соціально корисним. Ми можемо зазначити, що в цьому випадку є наявним явище компенсації, яке дозволяє реалізувати себе в групі та зменшити вплив травмуючих факторів, пов'язаних зі ступенем важкості фізичних обмежень;

- отримані показники емоційного інтелекту свідчать про високу усвідомленість власних почуттів та емоцій, їх чітку диференціацію, а також прийняття та розуміння почуттів та емоцій інших людей. Однак, спостерігається середній рівень керування як власними емоціями, так і емоціями оточуючих. Неповна узгодженість зазначених показників може бути причиною високого рівня тривожності;

- рівень тривожності збільшується в залежності від важкості фізичних обмежень – у групі ДЦП він суттєво вищий, ніж у змішаній та контрольній групах;

- за методикою ЛОБІ переважаючим є тип реагування з порушенням соціальної адаптації за інтерпсихічним варіантом: відчуття неповноцінності обтяжене замкненістю, недовірою до оточуючих, підвищеною чутливістю до соціальної думки, що маскується награно веселим настроєм, бажанням допомогти оточуючим, навіть якщо вони не прагнуть до цього;

- переживання носять комунікативний, гностичний і акізитивний характер. Яскраво виражена спрямованість на спілкування з іншими людьми, прагнення до розширення зв'язків, активне пізнання як навколишнього, так і внутрішнього світу;

- спостереження виявило посилені вегетативні реакції (м'язова напруга) та підвищений інтерес до виконання запропонованих завдань, спрямованість на співпрацю з дослідником.

Ми можемо також зазначити. По-перше, спостерігалися такі порушення емоційно-вольової сфери: підвищена емоційна збудливість в поєднанні з вираженою нестійкістю вегетативних реакцій (м'язова напруга, прискорене дихання, почервоніння обличчя); несамотійність (необхідність чітких інструкцій, перепитування, весь час звертаються за допомогою до дослідника чи товаришів). По-друге: у змішаній групі та групі ДЦП спостерігається наявність унікаючого (досліджувані А, Б, Д, М у змішаній групі; досліджувані В, Г, Ж, З, К, Л у групі ДЦП) та соціально-корисного (досліджувані Б, З, К у змішаній групі; досліджувані А, В, Г, Д, Ж, Л, М у групі ДЦП) особистісного типу за А.Адлером, тоді як у контрольній групі, окрім унікаючого (досліджуваній М) та соціально-корисного (досліджувані А, Б, В, Г, Д, З), представлений також і керуючий (досліджувані Ж, К, Л) особистісний тип.

Підсумовуючи, зазначимо, що фізичні обмеження мають суттєвий вплив на формування особливостей емоційної регуляції міжособистісних стосунків. Емоційні переживання мають ситуативний характер. Більшою мірою, ніж у контрольній групі, спостерігаються тенденції до соціального схвалення своєї поведінки з боку оточуючих та побудова структури міжособистісних стосунків за принципом підпорядкування.

Перспективи подальших досліджень полягають у проведенні досліджень з урахуванням гендерного та вікового аспектів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Адлер А. Наука жить. Пер. с англ. Е.О. Любченко. Киев. 1997.
2. Адлер А. Любовные отношения и их нарушения // Журнал практической психологии и психоанализа – 2001 - №4. - с.17-23.
3. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида: Пер. с англ. – М.: Педагогика, 1991. – 86 с.
4. Артамонова Е. И., Екжанова Е.В., Зырянова Е. В. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования Ред., Е. Г.Силаева. - М.: Издательский центр «Академия», 2002.
5. А.Ауэрбах, Р.Корсини. Психологическая энциклопедия // www.koob.ru (05.03.2009 о 13.30)
6. Выготский Л. С. Собрание сочинений в 6 томах. Москва, 1983 г., т. 5.
7. Выготский Л. С. Собрание сочинений в 6 томах. Москва, 1983 г., т. 6.
8. Волошина В.В., Л.В.Долинська, С.О.Ставицька, О.В.Темрук. Загальна психологія: Практикум: Навч. посібн. 2-е вид. – К.: Каравела, 2008. – 280 с.
9. Горбатков А.А. динамика связи между положительными и отрицательными эмоциями // Вопросы психологии – 2002 - №4. – с. 132-140.
10. Декларація прав інвалідів // [pedlib. ru/Boors/5/0001/5-0001-1.shtml](http://pedlib.ru/Boors/5/0001/5-0001-1.shtml) (20.02.2009 о 18.00)
11. Демина Л.Д., Ральникова И.А. Психическое здоровье и защитные механизмы личности. Учебное пособие. 2000. Изд-во Алтайского государственного университета. С. 123.
12. Ефимкина Р.П. Детская психология. Методические указания. Автор – составитель Р.П.Ефимкина. Новосибирск: Научно – учений центр психологи НГУ, 1995.
13. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. Москва, 1996 г.

14. Заика Е.В., Лотоцкая М.Ю. Методики исследования эмоций в клинической психологии. Практична психологія та соціальна робота, 6, 2003. – с. 62-68.
15. Загальні положення діяльності МСЕК (медико-соціальна експертна комісія) // likar.org.ua/content/view/612/152 (20.02.2009 о 18.00).
16. Изард К. Эмоции человека / Пер. с англ. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1980. – 440 с
17. Кириленко Т.С. Психологія: емоційна сфера особистості: Навч. посібник. – К.: Либідь, 2007. – 256 с.
18. Коломинский Я.Л. Человек: психология: Кн. для учащихся ст. классов. – 2-е изд., доп. – М.: Просвещение, 1986. – 223 с.
19. Косырев В.Н. Клиническая психология: Учеб. метод. комплекс для преподавателей и студентов факультетов психологии / В. Н. Косырев; М-во образования Рос. Федерации; Тамб. гос. ун-т им. Г. Р. Державина. Тамбов: Изд-во ТГУ им. Г. Р. Державина, 2003. 451 с
20. Кон И.С. Психология ранней юности: Кн. для учителя. – М.: Просвещение, 1989. – 255 С.: ил. – (Психол. Наука - школе).
21. Королева Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. – М.: «Академический Проект», Екатеринбург: «Деловая книга», 2000.- 460 с.
22. Клиническая психология: учебник/Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2002. – С. 320.
23. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития. – 9-е изд. – СПб.: Питер, 2005. – 940 с.: ил. (Серия «Мастера психологии»)
24. Кучеровський О. Люди з особливими потребами в контексті концепції К.Роджерса / Психолог, листопад 41 (89) 2003. с. 23-24.
25. Леонтьев А. Н. Потребности, мотивы и эмоции. М., 1971.
26. Летова И. Зависимости /http://www.letova.ru/lihk_11-3.htm 1 (15.11.2007 о 18.30)
27. Летова И. Созависимость// http://www.letova.ru/ink_11-4.html 1 (15.11.2007 о 18.30)

28. Лидин К.Л. Роль эмоций в развитии психосоматических заболеваний // Журнал практического психолога – 2007. - №6 – с. 70-83.
29. Манойлова М.А. Авторская методика диагностики эмоционального интеллекта // www.koob.ru (05.03.2009 о 13.30).
30. Манойлова М.А. Акмеологическое развитие эмоционального интеллекта учителей и учащихся. Псков: ПГПИ, 2004. - 140 стр.
31. Максименко К.С. Переживання емоційних станів при соматичних захворюваннях [Текст]: / К.С.Максименко// Практична психологія та соціальна робота: Науково-практичний освітньо-методичний журнал. – К.: Компанія «СОЦИС», 2007. -№12.- с.28-30.
32. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: практ. руководство. – М.: МЕДпресс, 1998. – 592 с.
33. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – С. 294.
34. Миславский Миславский Ю.А. Саморегуляция и активность личности в подростковом возрасте / Науч. – исслед. ин-т общей и педагогической психологии Акад. пед. Наук СССР – М.: Педагогика, 1991. – 152 с.: ил.
35. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство/ Под общ. ред. Б. В. Михайлова. — Харьков: Прапор, 2002. — 128 с.
36. Мясищев В.Н. Психология отношений: Избранные психологические труды/ Под ред. А.А.Бодалева. – М., 1995. – 356 с.
37. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: МГУ, 1987. – 168 с.
38. Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности. Вестн. Моск. ун-та. сер. 14. Психология. 1996. №2
39. Обозов Н.Н. Психология межличностных отношений. Киев: Изд-во "Лыбидь" при Киев. ун-те, 1990. 192 с.

40. Обухова Л.Ф. Детская (возрастная) психология. Учебник. – М., Российское педагогическое агентство. 1996, - 374 с.
41. Павлов И.П. Избранные произведения/ Ред. Комптоянц Х.С. - : Гос. Изд-во полит. лит-ры, 1951. – 501.
42. Практикум із психологічної допомоги соматичним хворим [Текст]:/ Н.Ф.Шевченко // Практична психологія та соціальна робота: Науково-практичний освітньо-методичний журнал. - – К.: Компанія «СОЦИС», 2006. - №4 – с.17-29.
43. Полис А.Ф. Эмоциональное и норма поведения личности. Вопросы философии, 1984, №5, с.108-115.
44. Психологическая диагностика: Учебник для вузов / Под ред. М.К.Акимовой, К.М.Гуревича. – СПб.: Питер, 2005. – 652 с.: ил
45. Психологія: Підручник / Ю.Л.Трофімов, В.В. Рибалка, П.А.Гончарук та ін.; за ред. Ю.Л.Трофімова. – 4-те вид., стереотип. – К.: Либідь, 2003. – 560 с.
46. Психология эмоций. Тексты / Под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.—288 с
47. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии – Ростов н/Д : Феникс, 2003. – 479 с.
48. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: Учеб. пособие: В 2 кн. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Гума-нит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. — Кн. 1: Система работы психолога с детьми разного возраста. — 384с: ил.
49. Смирнова Е.О., Радева.Р. Развитие теории привязанности (по материалам работ П. Криттенден). Вопросы психологии, -1995, -№3 (1). Ст. 105 – 116/
50. Смирнова Е.О. Проблема общения ребенка и взрослого в работах Л.С. Выготского и М.И. Лисиной. Вопросы психологии,- 1995,- №3 (2)- ст. 3 -

51. Смирнова Е.О. Теория привязанности: концепция и эксперимент. Вопросы психологии, -1995,- №3 (3)- ст.. 139 - 150
52. Специальная психология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева и др.; Под ред. В.И. Лубовского. — 2-е изд., испр. — М.: Издательский центр «Академия», 2005. — 464 с.
53. Тараненко Н.Е. .Внутренняя картина болезни детей с хроническими соматическими заболеваниями // практическая психология и социальная работа – 20002.- №2.- с. 48-50.
54. Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа. Том 1. Пер. с англ. и нем. М.: 000 Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЕКСМО – Пресс, 1999 – 384 с. (Серия «Психологическая коллекция»).
55. Фрейд. А. Психология Я и защитные механизмы. Пер. с англ. – М.: Педагогика, 1993 – 144 с.
56. Хорни К. Невротическая личность нашего времени // [http:// www. Psylib. Vkrweb/ net/ books/ hornk 02/ index/ htm](http://www.Psylib.Vkrweb.net/books/hornk02/index/htm) (15.11.2007 о 18.30)
57. Чебыкин А.Я. Учитель и эмоциональная регуляция учебно-познавательной деятельности школьников – Одесса, 1997.
58. Чумаков М.В. Эмоционально-волевая регуляция деятельности в социальном взаимодействии // www.koob.ru (20.02.2009 о 18.00).

ДОДАТОКА

Числове представлення результатів методики діагностики емоційного інтелекту - МЄІ у трьох досліджуваних групах

Змішана група							
№	1	2	3	4	Інтегральні показники (в стенах)		
	шкала	шкала	шкала	шкала	внутрішньо особистісний	міжособистісний	показник емоційного інтелекту
	стени	стени	стени	стени			
А	4	7	5	10	5	7	8
Б	1	7	1	6	4	3	2
В	4	8	4	5	4	4	5
Г	4	5	3	8	2	5	1
Д	4	9	2	7	6	4	7
Ж	7	10	5	6	9	5	9
З	6	10	6	7	8	6	10
К	4	9	1	3	5	6	7
Л	7	10	4	5	8	4	1
М	1	10	5	3	2	3	8
Група ДЦП							
А	3	6	3	8	3	5	1
Б	4	9	1	3	5	6	7
В	4	6	3	3	4	3	2
Г	3	8	4	6	5	5	6
Д	4	8	2	4	5	3	2
Ж	4	7	2	5	4	3	2
З	5	10	5	10	8	7	10
К	8	10	6	6	8	6	10
Л	6	9	4	9	7	6	8
М	4	7	1	10	5	2	1
Контрольна група							
А	5	8	2	6	5	4	6
Б	2	9	2	6	5	4	5
В	6	9	1	3	6	4	7
Г	5	9	7	6	6	6	8
Д	3	10	7	9	6	7	9
Ж	5	9	3	3	6	3	1
З	3	8	4	7	4	5	6
К	2	7	2	5	4	3	3
Л	1	3	3	6	2	4	1
М	1	5	7	8	6	6	8

Високий рівень прояву (7-10 стенив)

Середній рівень прояву (5-6 стенив)

Низький рівень прояву (1-4 стени)

ДОДАТОКЪ

Числове представлення результатів методики діагностики міжособистісних стосунків
Т.Лірі у трьох досліджуваних групах

№	Типи міжособистісних стосунків							
	Авторитарний	Незалежний домінуючий	Агресивний	Недовірливий-скептичний	Покірно-сором'язливий	Залежний	Здатний до співпраці	Альтруїстичний
Змішана група								
А	6	4	8	6	5	9	7	7
Б	5	3	5	4	8	9	6	6
В	3	2	1	5	4	5	4	5
Г	4	4	2	4	2	2	1	2
Д	3	1	3	3	3	2	3	1
Ж	12	8	7	6	9	6	10	11
З	3	2	3	3	1	3	2	2
К	10	10	10	6	9	10	9	8
Л	7	8	5	4	4	3	4	4
М	7	4	3	3	5	6	9	8
Група ДЦП								
А	2	4	5	8	12	9	8	1
Б	5	2	4	8	9	9	10	11
В	4	4	4	4	3	4	4	4
Г	2	1	3	5	5	7	6	3
Д	4	3	2	3	1	2	2	2
Ж	4	4	4	3	4	4	4	4
З	7	3	4	1	4	8	14	10
К	11	6	4	2	4	9	8	9
Л	3	4	7	4	10	10	4	9
М	4	4	4	6	4	5	4	5
Контрольна група								
А	6	8	6	7	2	2	3	3
Б	4	3	3	3	4	4	4	4
В	9	7	7	4	4	7	5	7
Г	4	2	3	2	5	3	4	4
Д	5	4	4	3	4	4	9	7
Ж	13	6	8	11	6	6	10	10
З	6	4	2	6	6	4	5	7
К	6	0	4	6	5	1	4	2
Л	8	3	6	5	1	1	2	2
М	4	4	7	9	3	3	3	2

0-8 низький рівень прояву

9-12 середній рівень прояву

13-16 екстремальний рівень прояву

ДОДАТОК В

Числове представлення результатів методики виміру рівня тривожності Дж. Гейлора у трьох досліджуваних групах

№	Сумарна оцінка за шкалою тривоги	Оцінка за шкалою брехні (якщо показник перевищує 6 балів, то досліджуваний не був щирим)
Змішана група		
А	20	2
Б	20	3
В	15	5
Г	26	3
Д	17	5
Ж	9	5
З	21	4
К	25	6
Л	17	4
М	14	6
Група ДЦП		
А	25	1
Б	23	7
В	32	3
Г	30	1
Д	26	2
Ж	26	4
З	14	7
К	7	8
Л	25	2
М	23	2
Контрольна група		
А	15	4
Б	21	2
В	16	1
Г	17	7
Д	21	3
Ж	36	5
З	19	2
К	36	1
Л	30	1
М	14	2

40-50 балів – дуже високий рівень тривоги;

25-40 балів – високий рівень тривоги;

15-25 балів – середній (з тенденцією до високого) рівень;

5-15 балів – середній (з тенденцією до низького) рівень;

0-5 балів – низький рівень тривоги

ДОДАТОКГ

Числове представлення результатів методики ЛОБІ (для діагностики психічного типу реагування на соматичне захворювання) у трьох досліджуваних групах

Мінімальне діагностичне число	гармонійний	тривожний	іпохондричний	меланхолійний	апатичний	неврастенічний	обсесивно – фобічний	сенситивний	егоцентричний	сйфоричний	анозогнозичний	єргопатичний	параноїдальний
	Г	Т	И	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
	7	4	3	3	3	3	4	3	3	5	5	6	3
№	Змішана група												
А	4	5	1		6	4	1	4	2	4	1	3	2
Б	3	3				4	1	4	1	5	4	6	4
В										2	1	1	
Г								1	1	2	2	1	
Д	8	4	1		1	1	2	1		7	4	5	4
Ж	5					1				5	5		3
З	5	1	1			1		2	1	2	4	5	3
К		3	1		3	2		3	2	2	1	2	2
Л	1									2	1		1
М	4	1	2			2	3	3		4	4	5	4
	Група ДЦП												
А	4	2			1	1	1	1		5	2		2
Б	2	4	5			5	5	3	2	3	2		5
В	6	4				2	3	5	1	2	4	3	4
Г	3	3	1		2	2	3	3	1	2		2	1
Д	2	2	1				1						
Ж	2	3	2		3	1	3	2		1		3	2
З	3	3	1			1		3	2	4	2	5	3
К	5		3							4	5	5	1
Л	4		1		4		1	4		3	2	5	3
М	2	4	1			1	3	1		4		7	1
	Контрольна група												
А	3	4	1			3	3	1		4	5	1	1
Б	3	1				1	2	2		2		2	4
В	6	2	2			2	1	3		5	5	7	3
Г	5	1			1	1	1	4		5	4	6	2
Д	5	2	1			3	3	2		3		6	1
Ж	4	7				6	4	2	1	1	4	4	1
З	3					1	2		1	2	2	5	2
К	1	2	1		3	2	2	1	1	2	3	3	3
Л	3	4	2			3	4	1		2	1	3	1
М	2	2	3		1	1	3	1	3		3	1	3



- типи реагування, котрі дорівнюють мінімальному діагностичному числу
- типи реагування, котрі переважають мінімальне діагностичне число

ДОДАТОК Д

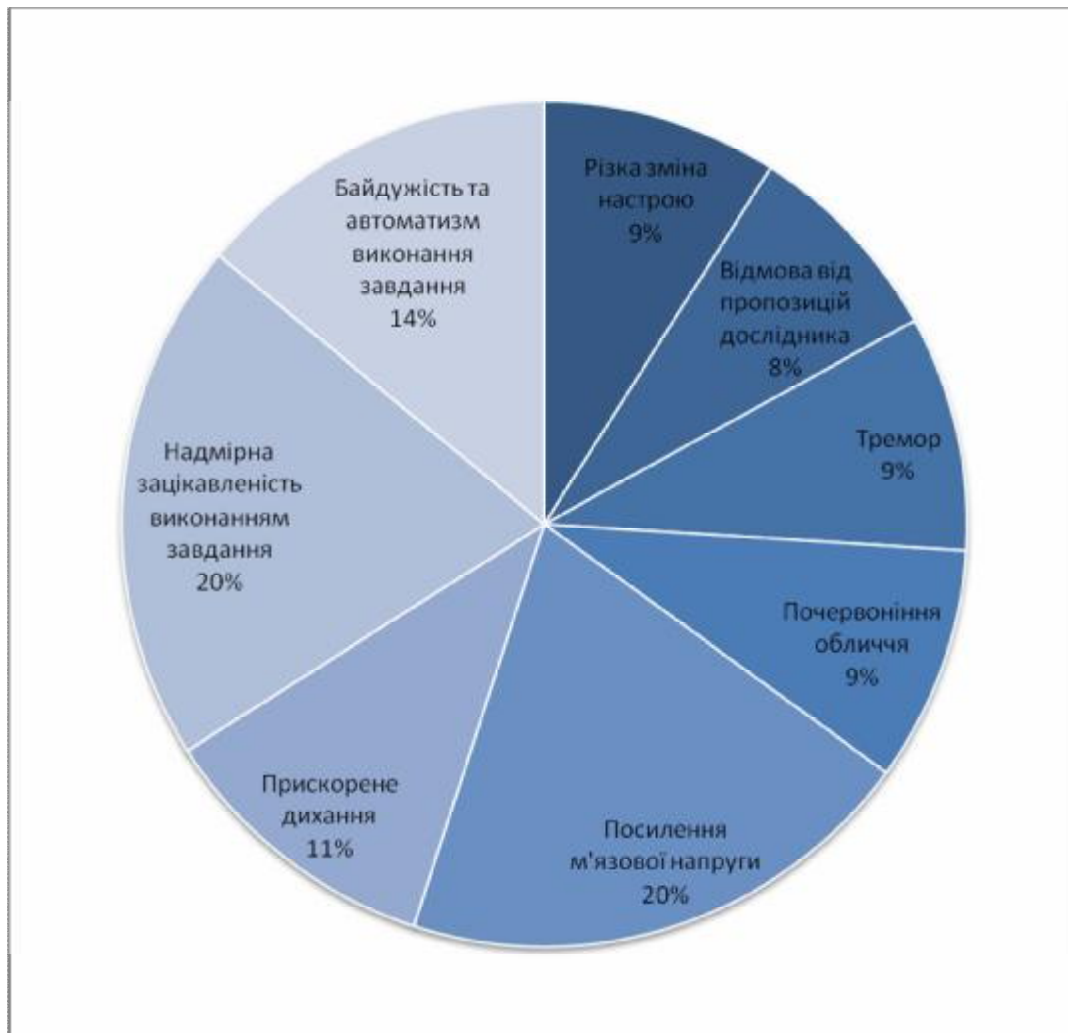
Числове представлення результатів методики І.Б.Додонова «Яким переживанням я надаю перевагу» у трьох досліджуваних групах

№	Переживання, яким я надаю перевагу	Переживання, які я ще не відчував
	Змішана група	
А	1, 3, 6	7, 8, 9, 10, 11, 12,
Б	1, 2, 3, 4, 8, 10, 11, 12	5, 6, 7, 9
В	1, 2, 3, 9, 10, 11	4, 5, 6, 7, 8, 12
Г	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11	4, 12
Д	1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12	2, 5, 10
Ж	9, 10, 8, 7, 6, 3, 4, 1, 11, 2	12, 5
З	1, 3, 7, 11	2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12
К	1, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12	2, 6, 9, 11
Л	9, 3, 10, 4, 1, 11, 7, 2, 8	12, 5, 3
М	4, 11, 5, 2, 1, 8, 9, 10	7
№	Група ДЦП	
А	7, 8, 10, 2, 1, 5, 11	3, 4, 6, 9, 12
Б	1, 3, 4, 5, 7, 10, 12	6, 8, 9, 11
В	1, 3, 5, 8, 10, 11	2, 4, 6, 7, 9, 12
Г	3, 4, 6, 7, 8, 11, 1,	2, 5, 9, 12, 10
Д	1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12	5
Ж	1, 2, 3, 11, 12, 7	4, 5, 6, 8, 9, 10
З	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	
К	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9	10, 11, 12, 7
Л	11, 2, 1, 4, 9, 6, 5, 3, 10, 8, 7, 12	
М	1, 2, 9, 10, 11, 7, 8, 6, 5, 3, 4,	12
№	Контрольна група	
А	12, 10, 9, 6, 5, 1, 11, 8, 4, 2, 3, 7	
Б	2, 3, 8, 11	1, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12
В	1, 3, 6, 8, 10, 11, 12, 2, 4, 7, 5, 9	
Г	1, 11, 2, 4, 5, 3, 6, 8, 10, 7, 12	9
Д	1, 10, 8, 11, 7, 3, 4, 2, 6, 5, 12	9
Ж	1, 4, 7, 8, 10, 11	2, 3, 5, 6, 9, 12
З	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	
К	1, 9, 10, 2, 4, 11, 8, 12, 5, 6, 3, 7	
Л	8, 10, 4, 2, 6, 1, 11, 12, 9, 7, 3, 5	
М	9, 8, 6, 5, 4, 2, 10, 12, 11, 1	3, 7

- 1 – комунікативні емоції;
- 2, 6, 10 – гностичні емоції;
- 3 – акізитивні емоції, пов'язані з інтересом до накопичення;
- 4 – емоції самоствердження;
- 5 – естетичні емоції;
- 7 – гедоністичні емоції;
- 8 – праксичні емоції;
- 9 – пугнічні емоції (емоції боротьби та перемоги)
- 11 – альтруїстичні емоції;
- 12 – романтичні емоції.

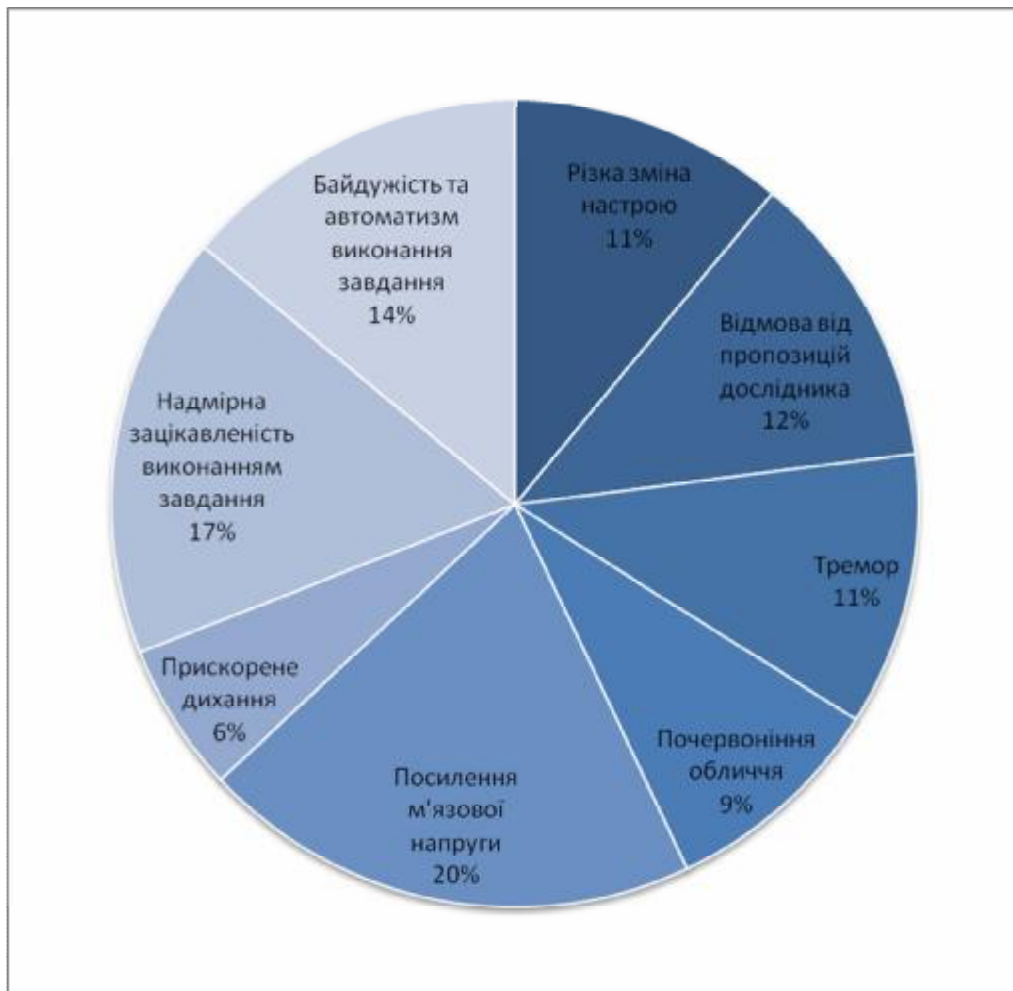
ДОДАТОК 3

Процентне представлення результатів спостереження за людьми з обмеженими фізичними можливостями у змішаній групі



ДОДАТОКК

Процентне представлення результатів спостереження за людьми з обмеженими фізичними можливостями у групі ДЦП



ДОДАТОКЛ

Процентне представлення результатів спостереження за людьми з обмеженими фізичними можливостями у контрольній групі

