**РОЗДІЛ 1**

**Теоретико-методологічні підходи до вивчення проблеми визначення особистісних чинників самоінвалідизації в діяльності фізичного терапевта**

**1.1. Багатоаспектність поняття здоровʼя у сучасній науковій думці**

В ієрархії цінностей найвищий рейтинг займає така цінність, як життя.

Людина і людське життя – за ними втрачають зміст всі інші цінності.

Видатний німецький етолог, лауреат Нобелівської премії Конрад Лоренц писав про це: “Якщо ми заберемо з нашого життєвого досвіду емоційне почуття цінності – скажімо, цінності різних ступенів еволюції, – якщо для нас не будуть являти ніякої цінності людина, людське життя і людство загалом, то найдосконаліший апарат нашого інтелекту залишиться мертвою машиною без двигуна…Тільки відчуття цінності присвоює знак “плюс” чи “мінус” при реакції на наше “категоричне самозаперечення” і перетворює його в імператив чи заборону” [6].

У життя є безліч вимірів граней, сторін і відтінків, а, отже, визначень. Людське життя охоплює існування індивідів (особисте життя) і суспільне буття (соціальне життя).

Витоки уявлень про здоров'я йдуть з глибини віків.

Ще в давнину наші предки прагнули зберегти здоров'я й позбутися хвороб.

Характерно, що для лікування вони, відповідно до знань того часу, вдавалися до безглуздих, часом фантастичних впливів, тоді як для зміцнення здоров'я ще в глибокій давнині використовували ефек­тивні стимулюючі засоби.

Більшість з них майже без змін увійшла до арсеналу засобів валеології – сучасної науки про здоров'я.

У сьогоденних умовах питання здоров’я суттєво актуалізуються.

Здійснюються різноманітні заходи за різними напрямами у пошуках ефективних шляхів зміцнення здоров’я.

Висвітленню сутності здоров’я та різних його аспектів присвячені праці М. М. Амосова, Г. А. Апанасенко, Л. О. Попової, І. І. Брехмана, Е. Г. Булич, В. І. Войтенко, С. М. Тромбах, В. Т. Казначеєва, В. В. Колбанова, Н. М. Куїнджі, І. В. Муравова, В. П. Петленко,  інших відомих науковців.

Встановлено, що цілісний погляд на здоров’я сьогодні представлений у вигляді трьохкомпонентної пірамідальної моделі, яка виражається триєдністю таких складових як фізична, психічна та духовна.

Головний принцип ієрархічності цієї системи означає, що “все пов’язане з усім та все має відображення у всьому”.

Дослідження свідчать, що збереження здоров’я може відбуватися на біологічному (фізіологічному), психологічному, соціальному та духовному рівнях. Але визначальна роль, до думку М. М. Амосова, В. Г. Кулініченка, М. С. Гончаренко, Є. О. Помиткіна належить духовній складовій здоров’я людини, її моральності, рівню розвитку свідомості, осмисленості життя й культури особистості, її ставленню до власного здоров’я та здоров’я інших.

При всій важливості поняття здоров'я не так просто дати йому вичерпне визначення.

Дослідники виділяють найбільш типові еле­менти визначення здоров'я:

1. Нормальна функція організму на всіх рівнях його організа­ції (органів, гістологічних, клітинних і генетичних структур, нормальний перебіг фізіологічних і біохімічних процесів, що сприяють індивідуальному виживанню й відтворенню).

2. Динамічна рівновага організму та його функцій з навколишнім середовищем.

3. Здатність до повноцінного виконання основних соціальних фун­кцій, участь у соціальній діяльності та суспільно корисній праці.

4. Здатність організму пристосовуватися до постійно змінюва­них умов у навколишньому середовищі, здатність підтримува­ти сталість внутрішнього середовища організму, забезпечуючи нормальну та різнобічну життєдіяльність і збереження живого початку в організмі.

5. Відсутність хвороби, хворобливих станів, хворобливих змін.

6. Повне фізичне, духовне, розумове і соціальне благополуччя.

Поняття “здоров'я” неможливо сформулювати однозначно.

Зараз налічується понад 400 визначень цього поняття.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає здоров'я як стан повного фізичного, духовного і соціального благо­получчя а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів.

Потріб­но зазначити, що поняття «здоров'я» є дещо умовним і об'єктивно встановлюється за сукупністю антропометричних, клінічних, фізіологічних та біохімічних показників, що визначаються з урахуванням статевого та вікового факторів, а також кліматичних і географічних умов.

По суті це визначення відтворюється і в останніх спеціальних працях, хоча має свої нюанси.

Американський вчений Є. Мінард у монографії “Еволюція богів. Альтернативне майбутнє людства” пише: “Здоров’я можна визначити як функціонування психіки і тіла людини – не тільки відсутність хвороб (болю та безсилля), а й наявність у неї достатньої кількості енергії, ентузіазму і настрою для виконання чи завершення справи” [1].

Здоров'я відображає якість пристосування організму до умов зовнішнього середовища, становить процес взаємодії людини та середовища існування; сам стан здоров'я формується у результаті взаємодії зовнішніх (природних, соціальних) та внутрішніх (спад­ковість, стать, вік) факторів.

Не менш важливим у комплексній характеристиці здоров'я є чинники, що впливають на процес його формування. Узагальнені підсумки досліджень щодо здоров'я людини переконують, що воно залежить від багатьох чинників, зокрема таких як:

- соціально-економічні та екологічні умови (20%);

- стан системи охорони здоров'я (10%);

- спадковість (20%);

- умови та спосіб життя (50%).

Важливою складовою концепту “здоров'я” є репродуктивне здоров'я.

Під репродуктивним здоров'ям, відповідно з рекомендаціями Програми дій Міжнародної конференції з питань народонаселення і розвитку (Каїр), також розуміється стан повного фізичного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність захворювань репродуктивної системи, порушення її функцій і (чи) процесів у ній.

Таким чином, репродуктивне здоров'я означає можливість задоволеного і безпечного сексуального життя, здатність до відтворення (народження дітей) і можливість вирішувати, коли та як часто це робити.

Це передбачає право чоловіків та жінок на інформацію і доступ до безпечних, ефективних, доступних за ціною і прийнятних методів планування сім'ї та/або до інших, вибраних ними методів регулювання народжуваності, які не суперечать законом країни.

Це означає також і право доступу до певних послуг в області охорони здоров'я, що дозволяють жінці безпечно перенести ва­гітність та пологи і забезпечують найкращу можливість народити здорову дитину.

До поняття “репродуктивне здоров'я” входить і сексуальне здоров'я – стан, що дозволяє людині в повній мірі відчувати стате­вий потяг і реалізовувати його, отримуючи при цьому задоволення.

Згідно з викладеними вище визначеннями, охорона репро­дуктивного здоров'я – це сукупність факторів, методів, процедур і послуг, які надають підтримку репродуктивному здоров'ю і спри­яють добробуту сім'ї чи окремої людини шляхом профілактики й вирішення проблем, пов’язаних з репродуктивним здоров’ям.

Невід’ємними складовими здорового способу життя є фізичне, репродуктивне, психічне та соціальне здоров’я.

Фізичне здоров'я – найважливіший компонент у структурі стану здоров'я людини.

Він зумовлений властивостями організму як складної біологічної системи.

Організм володіє здатністю зберігати індивідуальне існування за рахунок самоорганізації.

До проявів самоорганізації відносяться здатність до самооновлення, саморегулювання та самовідновлення.

Самооновлення пов'язане із постійним взаємним обміном організ­му із зовнішнім середовищем речовиною, енергією та інформацією.

Фізичне здоров'я обумовлюється здатністю організму до само­регулювання.

Досконала координація усіх функцій – наслідок того, що живий організм є системою, що саморегулюється.

Саморегуляція складає сутність життя.

Ця загальна властивість біологічних систем дозволяє встановлювати й підтримувати на деякому, відносно постійному рівні фізіологічно-біохімічні чи інші біологічні показники, наприклад, постійність температури тіла, рівень артеріального тиску.

Також самоорганізація біологічної системи проявляється у здатності до самовідновлення. Ця якість зумовлена регенерацією, а також наявністю множинності паралельних регулятивних впливів в організмі на всіх рівнях його організації. Компенсація недостат­ніх функцій за рахунок цих паралелей допомагає вижити організму в умовах пошкодження.

Фізичне здоров'я – це стан організму людини, який харак­теризується можливостями адаптуватися до різноманітних факторів життєвого середовища, рівнем фізичного розвитку, фізичної та функціональної підготовки організму до виконання фізичних навантажень.

До основних факторів фізичного здоров'я людини відносяться:

1) рівень фізичного розвитку;

2) рівень фізичної підготовленості;

3) рівень функціональної підготовленості організму до виконан­ня фізичних навантажень;

4) рівень та здатність до мобілізації адаптаційних резервів ор­ганізму, які забезпечують його пристосування до впливу різ­них факторів навколишнього середовища.

Здоров'я часто аналізується у порівнянні з розладами та хво­робами.

Пов'язані зі здоров'ям поняття – адаптація, психічна стій­кість, гармонія – мають і протилежні значення: дезадаптація, психіч­на нестійкість, дисгармонія.

Здоров'я пов'язували з рівновагою та гармонією уже в античні часи.

Багато розладів психічного здоров'я починаються з різної глибини дисгармонії особистості.

Для відновлення психічного здоров'я людині необхідно повернутися до стану гармонії.

У Європейський декларації про охорону психічного здоров'я (Гельсінкі) яка підписана також і Україною, у частині дій заявлено: “Ми також усвідомлюємо, що психічне здоров'я – одна з важливіших складових людського, соціального й економічного капіталу націй і тому психічне здоров'я слід розглядати як невід'ємний та необхідний компонент соціальної політики у інших областях, таких як захист прав людини, соціальне забезпечення, освіта і забезпечення трудової зайнятості. Тому ми, міністри, відповідальні за питання охорони здоров'я, зобов'язуємось визнати необхідність прийняття науково-обґрунтованих комплексних стратегій охорони психічного здоров'я і розглянути шляхи й способи розробки, здійснення і подальшого розвитку таких стратегій в наших країнах з врахуванням існуючих в них конституційних структур та обов'язків.

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.

У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена».

“Психічне здоров'я - це такий стан психіки й індивіда, котрий характеризується цільністю та погодженістю усіх психічних функцій організму людини, які забезпечують почуття комфортності, здатності до цілеспрямованої та усвідомленої діяльності, адекватним, з урахуванням етіокультуральних критеріїв форм поведінки [2]:

– це усвідомлення і відчуття безперервності, постійності та ідентичності свого фізичного та психічного Я;

– почуття постійності й ідентичності своїх переживань у типових ситуаціях;

– критичність до себе і своєї особистої психічної діяльності та її результатів;

– відповідність психічних реакцій силі та частоті впливів середовища, соціальним обставинам і ситуаціям.

Але сюди треба додати, що психічне здоров’я, це передусім здібність і постійне прагнення людини жити у любові та злагоді із самим собою та навколишнім світом.

Розрізняють поняття “об’єктивне здоров’я”, “суб’єктивне здоров’я”, “статичне здоров’я” та “динамічне здоров’я”. У їх основі лежить самопочуття людини й реальний стан її здоров’я.

“Суб’єктивне здоров’я” – коли людина почувається добре, але медичне обстеження показує наявність у неї відхилень від норми. “Об’єктивне здоров’я” – за поганого самопочуття ніякі об’єктивні порушення не мають свого прояву. Отже, лише самопочуття не може бути показником дійсного стану здоров’я людини.

Останнім часом, оцінюючи резерви організму людини, вчені прийшли до необхідності визначення вищезазначених понять “статичне здоров’я” та “динамічне здоров’я”. “Статичне здоров’я” – це стан організму в період відносного спокою м’язів поза харчовими, дихальними, нервовими та іншими навантаженнями.

Під “динамічним здоров’ям” у широкому розумінні розглядають такий стан організму, що визначається шляхом дослідження його функцій під час дозованих навантажень.

Таким чином, “динамічне здоров’я” людини оцінюється за резервами функціонування її основних органів та систем [5].

Обговорення категорії здоров'я та життєвого потенціалу в науковій літературі пов'язується як зі збільшенням продовжуваності життя (в тому числі чоловіків і жінок, оскільки полярність саме тут найбільше означена), покращенням якості життя, зміною екологічних (зовнішніх) і соціально-психологічних (внутрішніх) факторів, так і з більш складними взаємодіями – між фізичним, психічним станами людини та комплексом соціальних факторів, що виникають у результаті соціальної політики держав і різноманітних інституціональних форм організації соціального життя.

На відміну від інститутів виробництва, сім'ї, освіти, охорони здо­ров'я, що є достатньо дослідженими і з більшою очевидністю представляють структури життєвого потенціалу, хвороба та здоров'я є розмитими та менш опералізованими.

З іменем Е. Дюркгейма пов'язується обговорення “нормального” й “патологічного” та вводиться термін “соціальна патологія” [4].

Перше пояснення категорії здоров'я як норми не тільки фізичної, а й соціальної, дав філософ Ж. Кангілем, який зауважив: “Щоб визначити, що нормально для певного організму, необхідно подивитися, що його оточує” [8].

Іншими словами – хвороба та здоров'я стали визначатися залежно від вимог та очікувань оточення, готовності сім'ї та суспільства прийти на допомогу тим, хто потрапив у тенета довготривалої непрацездатності. Це стосувалося і особистого усвідомлення хворим свого стану і необхідності зміни засвоєних до травми професійних ролей.

На мові соціологічних категорій – це аналіз соціальних станів, які вимагають операціоналізації, щоби вони постали у вигляді наявних зафіксованих “фактів” і “факторів”.

Про способи зв’язку хвороби та здоров’я чи нездоров’я можуть свідчити такі соціальні показники, як медична експертиза чи оцінка стану хворого в конкретний період часу.

Діагноз і прогноз є основними складовими, що дають можливість людині, яка захворіла, пристосуватися до “біографічного перелому”, яким, у свою чергу, є хвороба.

Саме на цьому ґрунтується зв'язок біологічного та соціального, адже зафіксовані в статистиці захворювання та їх ієрархія у конкретній країні чи місті переходять на інший рівень аналізу – “тілесні явища”, що моделюються соціально, і тому стають об'єктами піклування інститутів охорони здоров'я, сім'ї, у котрій є такий хворий, а також можливість та здатність піклування про самого себе.

Соціальний зв'язок проявляється і в тому, що, оголошуючи індивіда хворим, медичні заклади дають не просто оціночне судження в межах при­значених процедур та лікарських засобів, а виносять його за межі фі­зичного стану, торкаючись ідентичності людини і приписуючи їй певне становище в суспільстві.

Важливу роль відіграє медична статистика, яка відкриває можливість порівняльного аналізу норми фізичного стану населення та соціальних патологій у різних країнах.

Динаміка за видами захворювань свідчить як про роль та ефективність окремих наукових напрямків у медицині, так і про реальну допомогу різних практик.

Контекст його полягав у появі в держави передбачення, що посилювалося у населення почуттям соціальної справедливості, роз­галуженням сфери медичних та соціальних послуг та зростанням попиту антибіотиків, відкритих для лікування широкого спектру захворювань.

На рівні суспільної свідомості проявляються тенденції необхідності звертання до лікаря як постійної практики усвідомлення цінності здоров'я у якості базової норми-мети.

У 90-ті роки реальна та очікувана тривалість життя стають основними складовими показника індексу розвитку людського потенціалу, розробленого Організацією Об'єднаних Націй.

На кінець 90-х років ООН фіксує переважно соціальні показники здоров'я, такі як кількість немовлят із низькою масою тіла при народженні, кількість дітей у віці до одного року повністю імунізованих, коефіцієнт використання перорально-регідраційної терапії (%), число випадків захворювання СНІДом (на 100 тис. осіб), число випадків захворювання туберкульозом (на 100 тис. осіб), число випадків захворювання малярією (на 100 тис. осіб). Вперше з'являється показник кількості інвалідів (у % до загальної чисельності населення), а також кількість вагітних жінок, що страждають анемією (%), кількість сигарет, що випалює одна доросла людина.

Частка інвалідів у країнах з високим рівнем розвитку людського потенціалу складала 9,7% до загальної чисельності населення; а в країнах постсоціалістичного табору, котрі в основному відносяться до країн з середнім рівнем розвитку людського потенціалу, такої статистики немає [3].

Ще один підхід до аналізу соціального здоров’я можна зустріти у французького вченого Ж-Ф. Ніса, котрий розглядає його під кутом зору ресурсів та капіталу [7].

Підкреслюючи складний характер умов, у яких змушена проживати людина, Ж-Ф. Ніс інтерпретує здоров'я нації з одного боку як конвертований капітал з відповідною віддачею – розвитком різних економічних і культурних інновацій, з іншого – як активну та відповідальну поведінку самого громадянина, адже саме він повинен бути готовим до “напруг” та впливів екологічного та соціального середовища, яке постійно зазнає змін.

Суб'єктивні показники соціального здоров'я вбирають у себе широкий спектр: від ціннісно-нормативної шкали, у якій здоров'я займає відповідне місце, оцінку свого власного відчуття здоров'я та зусиль на його підтримку до оціночних суджень населення про ефективність інституту охорони здоров'я в цілому та його окремих структур, оскільки кожна людина у своїй життєвій практиці має досвід амбулаторного чи стаціонарного лікування в медичних закладах.

В основі суб'єктивних показників є категорія “відношення”, яка виявляє характер взаємних інтересів між лікарем та пацієнтом і можливість досягнення консенсусу.

Така постановка питання не обговорювалася в радянський період, адже вся лікарська допомога та турбота держави здійснювалася в ім'я народу.

З відновленням ринкових відносин ситуація стала змінюватися.

Розвинуті західні країни керуються іншою концепцією.

Професія лікар, етичні норми та закони, що регулюють медичну практику є, на думку багатьох дослідників, не тільки інструментом захисту населення, але й захисту самої професії від вторгнення сторонніх та конкуренції з боку інших професій. Тому професія лікаря розглядається як прояв однієї із груп інтересів.

 Особистий інтерес лікаря може прийти в протиріччя із задекларованим професійним інтересом, із самим пацієнтом та його сім'єю у випадку прийняття якогось життєво важливого рішення.

Таке бачення взаємодії лікаря та пацієнта залучає в якості значимих показників відношення населення до таких соціальних хвороб як туберкульоз, СНІД, алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, ігроманія, які значним чином впливають на колективне уявлення.

До категорії колективного відношення належать і хвороби, зазначені медиками-експертами як інвалідність.

Щодо останньої ВООЗ у якості стандартів для світової спільноти прийняті такі ознаки даного поняття: будь-яка втрата чи порушення психологічної, фізіологічної чи анатомічної структури або функції; обмеженість чи відсутність (через вказані вище дефекти) здатності виконувати функції так, як вважається звичним для нормальної людини; ускладнення, що виникають із вказаних вище недолі­ків, котрі повністю чи частково заважають людині виконувати якусь роль (враховуючи вплив віку, статі, чи культурної належності).

Очевидно, що ці визначення більше акцентують медичний зміст проблеми, аніж соціальний, зводячи соціальне до необхідності соціальної допомоги, несамостійності інвалідів.

Утвердження соціальних аспектів реабілітації інвалідів відбувається з великими труднощами та протиріччями. Слід зазначити, що не тільки держава вибудовує стратегії допомоги людям, що втратили працездатність та відчуття “нормального стану” в суспільстві, а й соціальні організації, а також сім'ї, в яких є хворі.

Враховуючи, що хвороба ставить під сумнів найбільш важливі життєві цінності і випробовує на міцність природу соціальних зв'язків, правомірно розглядати соціальне здоров'я тієї чи іншої нації як різновид соціального порядку, еволюцію соціальних відносин: подолання минулих епідемій та колективного страху та одночасно солідаризацію громадян у їхньому ба­жанні допомогти тяжко хворим чи інвалідам.

**1.2. Самоінвалідизація як імовірна форма проактивної копінг-поведінки**

 Аналізуються два основних підходи до концептуалізації даного феномену: С. Бергласа і Е. Джонса, у межах якого самоінвалідизація розглядається як мотиваційна стратегія самозахисту індивідом власного образу компетентного суб’єкта, та Ч. Снайдера і Т. Сміта, відомого як більш «ліберальний» підхід, у якому феномен розглядається як прояв обмеженості індивідуальних психологічних ресурсів досягнення успіху.

Представники останнього підходу посилаються на ідею, висловлену більше ста років тому Альфредом Адлером, відносно ймовірності реалізації індивідами з обмеженими фізичними можливостями так званого «маскулінного протесту» проти відчуття власної неповноцінності як рушійної сили особистісного розвитку у напряму захисту власного образу компетентного суб’єкта.

Ця ідея стала початком виникнення телеологічного напряму досліджень «самотвірних сил особистості», у межах якого феномен маскулінного протесту протиставлено концепції З. Фрейда відносно «гальмування спонукань лібідо» (libidinal repression) як рушійної сили особистісної динаміки.

Проте ідею Адлера спіткала доля інших видатних наукових ідей, які випередили свій час.

Розглянуто номенклатуру форм прояву самоінвалідизації, наведено стислий огляд проактивних форм копінг-поведінки (Е. Грінглас, Р. Шварцер, С. Тауберт, Л. Еспінвол, С. Тейлор) і здійснено порівняння матриці стратегій цієї форми копінг-поведінки з матрицею реактивних копінг-стратегій.

Огляд досліджень дозволив встановити, що виокремленні у літературі з проблеми психологічного подолання стресу моделі копінг-поведінки, які представлені двома основними видами психологічного подолання, а саме: реактивним і проактивним копінгом, характеризуються неконгруентністю їх матриць.

Стратегії реактивного копінгу, тобто подолальних зусиль, спрямованих на впорання з ускладненнями, які вже стали фактами реальності (у минулому і теперішньому часі), включають як проблемно-фокусовану стратегію, так і стратегії емоційного реагування на проблему і стратегію уникнення.

У складі стратегій проактивного копінгу відсутні стратегії емоційного реагування та уникнення.

Визначено критерії, за якими феномен «самоінвалідизація» відповідає, згідно гіпотезі даного дослідження, ознакам двох стратегій реактивного копінгу: емоційно-фокусованої і стратегії уникнення.

При категоризації феномену самоінвалідизації як копінг стратегії зовнішня парадоксальність подібної поведінки набуває ознак цілком закономірного явища, що свідчить про недостатність у суб’єкта психологічних ресурсів для успішного подолання ускладнень за умов наявності цілком природного для кожної людини бажання зберігати образ компетентного суб’єкта життєдіяльності.

Таким чином, перед нами постало завдання дослідити особистісні фактори вибору самоінвалідизації саме як копінг-стратегії з метою вирішення двох основних пов’язаних між собою проблем даного дослідження: обґрунтування поки що однозначно невизначеного категоріального статусу самоінвалідизації й ідентифікації її особистісних чинників, яка за даними наявних досліджень є достатньо розповсюдженою формою поведінки, незважаючи на її непродуктивність, що й надало підстави вважати її парадоксальною.

**1.2. Особистісні чинники самоінвалідизації як емоційновмотивованої форми проактивної копінг-поведінки типу уникнення**

 За схемою Л.С. Виготського для аналізу психологічних явищ узагальнено результати психологічного діагнозу феномену «самоінвалідизація» і запропоновано його системне описання на симптоматичному, етіологічному і типологічному рівнях.

Представлено структурну модель, що ілюструє правомірність категоризації явища «самоінвалідизація» як проактивної емоційно-вмотивованої копінг-стратегії, визначено її місце серед інших копінгстратегій як реактивної, так і проактивної форм копінг-поведінки, ідентифіковано особистісні чинники феномену.

Здійснено багатоаспектну процедуру пояснення комплексного оцінювання суб’єктом:

1) ситуацій, що вимагають подолання;

2) особистісних передумов вибору типів психологічного подолання;

3) міри опосередкованості ставлення до ситуації і до себе як суб’єкта подолання;

4) вибору конкретних стратегій подолання;

5) часової локалізації дій подолання на трьох рівнях: при первинному (афективному) сприйнятті ситуації, яка потребує психологічного подолання; при когнітивному оцінюванні ресурсів психологічного подолання; при граничному оцінюванні ситуації і себе як суб’єкта подолання.

Розкрито місце самоінвалідизації як гіпотетичної стратегії проактивного подолання ускладнень серед інших типів подолальної поведінки і її специфічні особистісні детермінанти.

Появі самоінвалідизації на граничному рівні оцінювання ситуації сприяє відчуття її неконтрольованості, знижений настрій суб’єкта, наявність в його досвіді станів «перервності психічного здоров’я».

Висловлено припущення, що самоінвалідизація є своєрідною проекцією на майбутні події реактивної стратегії емоційно-фокусованого реагування, що переживається з приводу подій минулого і теперішнього часу.

Обґрунтувано вибір методичного інструментарію для емпіричного дослідження теоретично висунутих гіпотез.

**РОЗДІЛ 2**

**Комплексні засоби** **визначення особистісних чинників самоінвалідизації в діяльності фізичного терапевта**

**2.1. Методологічне обґрунтування вибору методичного забезпечення емпіричного дослідження**

Для дослідження особистісних чинників вибору людиною різних форм проактивної копінг-поведінки, зокрема самоінвалідизації як гіпотетичної копінгстратегії, актуальним був вибір надійного та валідного інструментарію дослідження.

Для дослідження проактивної копінг-поведінки нами був обраний опитувальник «Проактивна подолальна поведінка» (PCI), розроблений Е. Грінглас, Р. Шварцером і С. Таубертом у 1999 році в адаптації Є. Старченкової [15].

Автори цього опитувальника розглядають проактивну копінг-поведінку, як орієнтовану на майбутнє створення умов для досягнення особистісних цілей і підвищення загального потенціалу активності та стресостійкості.

 Зокрема, перший конструкт – власне проактивне подолання визначається як процес постановки важливих цілей і сприяння їх досягненню.

Сутність проактивного подолання полягає у реалізації зусиль, спрямованих на формування загальних ресурсів, які можуть полегшити вирішення важливих завдань і сприяти особистісному зростанню.

Аналіз призначення розглянутої вище методики і змісту її складових, показує, що оптимально застосовувати проактивне подолання вірогідніше за все зможе людина, яка налаштована на активний саморозвиток, характеризується достатньо високим рівнем его-залученості.

Саме за умов его-залученості на етапі когнітивного оцінювання наявних ресурсів подолання складних ситуацій можливе усвідомлене рефлексивне випереджувальне обмірковування майбутніх подій і визначення стилю поводження у ситуаціях, коли виникає необхідність попередити виникнення стресу.

Обираючи цей психодіагностичний інструментарій для емпіричного дослідження, ми отримували можливість безпосередньо перевірити, чи займе самоінвалідизація виміряна на тій же самій вибірці досліджуваних, прогнозоване нами для неї, відведене її «вакантне місце» у матриці проактивних подолальних стратегій, які, користуючись новими термінами, введеними в науковий обіг Ч. Карвером і Дж. Коннор-Сміт, можна об‘єднати у групу «engagement coping», як протилежна їм стратегія типу «disengagement coping».

Про останнє буде свідчити, зокрема, характер кореляцій самоінвалідизації з іншими копінг-стратегіями, а саме з проактивною.

Опитувальник містить запитань та складається з 6 шкал: проактивне подолання, рефлексивне подолання, стратегічне планування, превентивне подолання, пошук інструментальної підтримки, пошук емоційної підтримки.

Досліджуваним пропонується оцінити ступінь згоди із наведеними твердженнями за 4 – бальною шкалою, де 1 – «абсолютно згоден», 2 – «частково згоден», 3 – скоріше згоден, ніж не згоден», 4 – «повністю згоден», у відповідності із ключем підраховується сума балів по кожній із шкал.

Автори методики також зазначають, що у випадку дефіциту часу можливе використання шкали «проактивне подолання» як самостійного методичного інструментарію [15].

Саме ця форма проактивної копінгповедінки виявилась найбільш інформативною для емпіричної перевірки категоріального статусу самоінвалідизації.

Другою психодіагностичною методикою, обраною для завдань цього дослідження, була методика діагностики реактивного копінгу, розроблена авторами широко відомого опитувальника «Копінг-поведінка в стресових ситуаціях» (CISS), Н. Ендлером та Дж. Паркером у 1990 році [11].

Факторна структура опитувальника, покладеного в основу цієї методики, була оцінена на широкому матеріалі факторноаналітичних досліджень, що дає підстави вважати методику надійною та валідною.

Опитувальник адаптований Т.Л. Крюковою [25] і включає перелік заданих реакцій на стресогенні ситуації та дозволяє визначити домінуючі в досвіді респондента поведінкові копінг-стратегії із числа таких як: проблемно-орієнтована, емоційнофокусована і стратегія уникнення стресових ситуацій.

Методика була обрана для тих же цілей, для яких призначалась методика проактивних копінг-стратегій, а саме для перевірки категоріального статусу самоінвалідизації як проактивної емоційно-вмотивованої стратегії уникнення.

Очікувалось, що характер кореляції стратегій реактивного копінгу із самоінвалідизацією дозволить довести валідність самоінвалідизації як форми копінг-поведінки типу емоційно-вмотивованого уникнення, якщо її ознаки будуть додатньо корелювати з емоційно-фокусованою стратегією і від‘ємно – з проблемнофокусованою стратегією.

Опитувальник містить 48 тверджень – можливих реакцій людини на різні складні, зокрема, стресові ситуації, які досліджуваним пропонується оцінити за 5-бальною шкалою (1- ніколи; 2 – рідко; 3 – іноді; 4- найчастіше; 5 – дуже часто), виходячи із того, як вони діють, зазвичай, у подібних ситуаціях.

При обробці результатів бали, що були виставлені досліджуваним, підсумовуються за кожною із шкал з урахуванням ключа.

Рівень самоінвалідизації як гіпотетичної форми проактивної копінг-поведінки був досліджений за допомогою методики «Шкала самоінвалідизації» (SHS) Ф. Родевальта у нашій авторській адаптації [135].

Адаптація методики була запланована як одна із задач даного дослідження, яка вирішувалась у межах емпіричного дослідження.

За нашими даними, це перший випадок застосування цієї методики на вибірці українських досліджуваних, тому перед її апробуванням ми виконали процедуру зворотного перекладу, як це передбачено вимогами до адаптації психодіагностичних засобів, із залученням трьох експертів-психологів, що вільно володіють англійською мовою.

Методика вимірює схильність до самоспричинення перешкод при прогнозуванні суб‘єктом невдачі у впоранні з очікуваною складною діяльністю з метою екстерналізації чинників невдачі і збереження власного образу компетентного суб‘єкта.

Шкала є однфакторною та має високу конструктну валідність та надійність, як повідомляють її розробники.

Кореляційний аналіз виявив, що високі бали за шкалою самоінвалідизації корелюють з високою соціальною тривожністю, проявами депресії та низькою самооцінкою.

Шкала складається із 25 тверджень, ступінь згоди із якими пропонується оцінити за п‘ятибальною шкалою, де 5 – «абсолютно згоден», 4 – «згоден», 3- «скоріше згоден, ніж не згоден», 2- «скоріше не згоден, ніж згоден», 1 – «не згоден», 0 – «абсолютно не згоден».

У шкалі присутні твердження зі зворотним нарахуванням балів.

Сума балів складається у єдину величину, яка характеризує тенденцію до самоінвалідизації.

Характер особистісного опосередкування вибору копінг-стратегій і самоінвалідизації як нової проактивної копінг-стратегії, у першу чергу, представлений нами у структурній моделі, як первинна афективна оцінка ситуації, яка стимулює необхідність психологічного подолання, був оцінений за допомогою широковідомого п‘ятифакторного особистісного опитувальника «Велика п‘ятірка»

Опитувальник був розроблений американськими психологами Р. МакКраєм та П. Костою. У дослідженні була застосована версія п‘ятифакторного опитувальника в адаптації і інтерпретації російського дослідника А.Б. Хромова.

Теоретичною основою опитувальника є п‘ятифакторна модель особистості, яка складається з широко відомих глобальних факторів, що дозволяють охарактеризувати структуру п‘яти особистісних диспозицій людини: нейротизм, екстраверсію, відкритість новому досвіду, доброзичливість та сумлінність.

Обрално рівень нейротизму – емоційної стійкості як основний потенційний особистісний чинник, що детермінує первинну афективну оцінку ситуації і, оскільки нейротизм є темперементальним диспозиційним фактором, який детермінує характер первинної афективної реакції людини на ті чи інші ускладнення у діяльності, суб‘єкти з високим рівнем нейротизму характеризуються тенденцією оцінювати стресогенні події як загрозливі і, відповідно, власні копінг-ресурси як недостатні [59].

Опитувальник складається із 75-і протилежних за значенням висловлювань, кожне з яких виявляє важливі властивості особистості та особливості поведінки людини в деяких типових життєвих ситуаціях.

Протилежні твердження оцінюються за шкалою від «-2» до «2», досліджуваним пропонується обрати, яка частина твердження більшій мірі відповідає особливостям їх особистості: якщо ліва, то вони мали були використовувати для оцінки символи -2 і -1 шкали, якщо права, то вони мали відмітити праву частину шкали (+2 і +1).

Всі оцінки заносяться у клітинки бланка відповідей, які потім обробляються згідно з ключем.

Для діагностики особистісних чинників, що характеризують роль самоставлення людини як суб‘єкту копінг-поведінки (що обрана нами як одна із форм прояву самоінвалідизації на типологічному рівні діагнозу явища), було обрано дві методики: шкала самоповаги М. Розенберга в адаптації Д.В. Лубовського [38] й опитувальник «Шкала загальної самоефективності» Р. Шварцера, М. Єрусалема в адаптації В. Ромека.

Шкала самоповаги була розроблена М. Розенбергом для вимірювання рівня самоповаги індивіда.

Шкала створювалась як одномірна, але проведений автором методики пізніше факторний аналіз дозволив виявити два незалежних фактори: самоповагу і самоприниження.

Самоповага проявляється як у відсутності самоприниження, так і разом з ним як захисна функція.

Шкала самоповаги широко використовується у соціально-психологічних дослідженнях та має високу надійність і конструктну валідність.

Показники за шкалою пов‘язані з депресивним станом, тривожністю та психосоматичними симптомами, активністю у спілкуванні, лідерством та почуттям міжособистісної безпеки.

Шкала складається з 10 тверджень, що пропонується оцінити за наступною шкалою: «абсолютно згоден», «згоден», «не згоден», «абсолютно не згоден».

Питання 1,3,4,6,7 є показниками шкали самоповаги, відповіді на які оцінюються наступним чином: 1 – «абсолютно не згоден», 2 – «не згоден», 3 – «згоден» 4 – «абсолютно згоден». Питання 2, 5, 8, 9, 10 є показниками шкали самоприниження, який оцінюються за зворотною шкалою.

Загальний бал є показником самоповаги особистості.

Другим особистісним чинником, що, за нашою гіпотезою, відіграє важливу роль на когнітивному рівні оцінювання суб‘єктом наявності в нього ресурсів психологічного подолання стресу і вибору відповідної стратегії і форми копінгповедінки, є рівень загальної самоефективності. Він досліджувався за допомогою опитувальника «Шкала загальної самоефективності» Р. Шварцера, М. Єрусалема в адаптації В.Ромека.

**Самоефективність вимірюється у трьох діапазонах:**

-високому (впевненість у власних здібностях, їх адекватне оцінювання з очікуванням успіху);

-середньому (неадекватне оцінювання власних здібностей, опора на зовнішню підтримку, коливання невпевненості);

- низькому (невпевненість у своїх здібностях, їх знецінювання, очікування неуспіху, відсутність самопідтримки).

Отже, ми вважали, що за допомогою цієї методики можна буде оцінити як розбіжності між суб‘єктами у рівнях самоефективності, так і встановити їх вплив у виборі тих чи інших стратегій копінг-поведінки.

Опитувальник складається з 10 тверджень, які пропонується оцінити за шкалою 1- «абсолютно не вірно», 2 – «навряд чи вірно», 3 – «скоріш за все вірно», 4

– «вірно», був обраний для завдань даного емпіричного дослідження, щоб перевірити гіпотезу, що схильність до самоінвалідизації свідчить про низький рівень впевненості людини у власних можливостях впоратись із ускладненнями життєдіяльності.

Шкала має як прямі, так і зворотні твердження, за допомогою яких оцінюється впевненість у власних здібностях на трьох рівнях – високому, середньому та низькому.

Рівень его-залученості досліджувався нами за допомогою новітньої методики «Диспозиційна характеристика саморозвитку особистості» (ДХСО), розробленої С.Б. Кузіковою у 2012 році [27].

Мета методики визначається автором як оцінювання рівня актуалізації особистістю її психологічних ресурсів як суб‘єкта саморозвитку, що характеризує готовність суб‘єкта до реалізації прогресивного, усвідомленого, керованого процесу особистісних змін і особистісного зростання.

Опитувальник має три шкали: потреба в саморозвитку, умови саморозвитку та механізми саморозвитку.

Зміст шкали «потреби в саморозвитку» розкривається як налаштованість людини на самовдосконалення, особистісне зростання, усвідомлене самотворення, відкритість новому досвіду, інтерес до свого навколишнього і внутрішнього світу та світу інших людей, повнота і насиченість життя, потреба в експансії – розширенні світу, оволодінні ним. «Умови саморозвитку» визначаються автором як автономність, позитивне самосприйняття, сила, зрілість Я, визначеність у цілях, активні життєві стратегії (пошукова активність, самовдосконалення), сприйнятливість (толерантність) до нового.

Зміст шкали «механізми саморозвитку» становить самопізнання (прагнення до автентичності), самоаналіз (рефлексія), усвідомлення розбіжностей між реальним і бажаним Я, чутливість до зворотного зв‘язку, здатність до саморегуляції та самотворення.

Для визначення оцінювання себе як ефективної особистості і ситуації життєдіяльності як керованої ми обрали два показники: «суб‘єктивне благополуччя» і «безперервність психічного здоров‘я». Суб‘єктивне благополуччя вимірювалось за показником двох поєднаних методик, а саме адаптованої версії шкали позитивного і негативного афекту PANAS (авторів Д. Уотсон, Л.Е. Кларк, Л. Теллеген), в адаптації Є. Осіна [5] і методики «Шкала задоволення життям» (SWLS) Е. Дінера у перекладі Д.О. Леонтьєва. Крім цього застосовувалась методика «Безперервність ознак психічного здоров‘я» К.Кіз, адаптована Е.Л.Носенко і А. Четверік-Бурчак [8].

Суб‘єктивне благополуччя включає в себе когнітивний та афективний компоненти. Е. **Дінер виокремив три компоненти психологічного благополуччя:**

- задоволеність життям, позитивний та негативний афект, які разом формують показник суб‘єктивного благополуччя. Е.Дінер вважав, що для всіх людей характерною є оцінка подій у термінах «добре-погано», в основі якої знаходиться відповідна емоційна реакція.

Отже, задоволеність життям та переважання позитивного афекту Дінер визначав як переживання щастя.

Для отримання кількісних показників суб‘єктивного благополуччя, ми складали бали за шкалою задоволення життям (SWLS) та бали за шкалою позитивного афекту.

Від отриманої суми віднімались бали за шкалою негативного афекту (NA).

Шкала складається з п‘яти тверджень що пропонується оцінити за 7-бальною шкалою Лікерта від 7 – «абсолютно згоден» до 1– «абсолютно не згоден», була обрана нами для комплексної оцінки у поєднанні з методикою PANAS рівня суб‘єктивного благополуччя людини.

**Вибір методики «Безперервність ознак психічного здоров‘я» К.Кіз був зумовлений тим, що вона включає в себе ознаки трьох видів благополуччя:** психологічного, соціального і суб‘єктивного.

Методика складається з шістьох основних компонентів психологічного благополуччя, визначених К. Ріф [16], і компонентів задоволеності життям, визначених К.Кіз. Обираючи ці методики,ми вважали, що показники різних аспектів благополуччя є надійним виміром ознак так званої граничної оцінки людиною власної готовності до впорання із ускладненнями у досягненні цілей життєдіяльності і вибору внаслідок цього різних типів копінгстратегій.

Методика складається із 14 тверджень, які описують переживання людини, призначена для оцінки рівня психічного здоров‘я у термінах відчуття благополуччя і стабільності у психологічному і соціальному аспектах.

Досліджуваним пропонується відмітити частоту переживань, описаних у твердженнях: «ніколи», «один-два рази», «приблизно раз на тиждень», «приблизно 2-3 рази на тиждень», «майже кожен день», «кожен день».

Теоретичний аналіз літературних джерел показав, що феномен самоінвалідизації як форма самостворення перешкод на шляху успішного виконання нагальної діяльності з метою виправдання у такий спосіб її очікуваного неуспіху, більшістю зарубіжних дослідників концептуалізуюється як мотиваційна стратегія захисту власного вразливого «его».

 Існує, разом з тим, і більш «ліберальний підхід» до тлумачення феномену, згідно з яким самоінвалідизація розглядається як форма ставлення суб‘єкта до власних обмежених можливостей досягнення успіху у різних видах активності, пов‘язаних із життєдіяльністю.

Цей підхід відбиває глибинні коріння феномену, пов‘язані з зародженням адлерівської «его-психології», протиставленої фрейдівському біологічному детермінізму з ідеєю ролі підсвідомих спонук лібідо як рушійної сили особистісної динаміки.

Оскільки аналіз витоків концептуалізації феномену самоінвалідизації і вивчення різноманітних форм його прояву свідчать про те, що більш релевантним змістом феномену можна визнати так званий «ліберальний підхід» до його концептуалізації, у даному дослідженні перевірялась гіпотеза про можливість категоризації феномену самоінвалідизації як емоційно-вмотивованої форми проактивної копінг-поведінки типу уникнення, зумовленої недостатністю особистісних ресурсів усвідомленого самоконтролю, необхідних для досягнення успіху у складних ситуаціях життєдіяльності.

Для визначення стратегіальності феномену і перевірки вірогідності його зумовленості індивідуально-психологічними і особистісними ознаками людини у даному досліджені вирішувались дві взаємопов‘язані задачі:

1) теоретично обґрунтувати і емпірично перевірити притаманність феномену ознак неконструктивної проактивної копінг-поведінки;

2) порівняти рівень відповідності особистісних детермінант самоінвалідизації, розглянутих у наявних зарубіжних публікаціях з проблеми, з особистісними ознаками суб‘єктів, які обирають у ситуаціях реактивного копінгу стратегії емоційного реагування і уникнення проблеми.

Про стратегіальність самоінвалідизації як вірогідної форми проактивного копінгу свідчить притаманність їй механізму екстерналізації чинників прогнозованих людиною невдач при вирішенні нагальної проблеми. Пошук екстерналізації чинників можливої невдачі можна розглядати як неготовність індивіда взяти на себе відповідальність за вирішення проблеми у зв‘язку із недостатністю внутрішніх ресурсів, що викликає незадоволення собою.

Перевірка гіпотези про притаманність самоінвалідизації ознак емоційно-вмотивованої форми копінг-поведінки була спланована шляхом створення умов для порівняння «психологічних портретів» суб‘єктів, схильних до самоінвалідизації, і суб‘єктів, які обирають стратегії емоційного реагування і уникнення у ситуаціях реактивного копінгу.

На матеріалі результатів останнього огляду новітніх досліджень з проблеми «Особистість і копінг», було доведено, що «психологічні портрети» зазначених вище категорій осіб мають такі співпадаючі характеристики як: високий рівень нейротизму; низький рівень сумлінності; екстернальність локусу контролю та ін.

Одночасно для суб‘єктів, яким не притаманна самоінвалідизація і які використовують у ситуаціях реактивного копінгу проблемно-орієнтовану стратегію подолання, характерними є дзеркально протилежні особистісні властивості: низький рівень нейротизму, високий рівень сумлінності, інтернальність локусу контролю, впевненість у власній ефективності, ознаки психологічного благополуччя.

Глибинні механізми неконструктивності самоінвалідизації як копінг-стратегії пов‘язані з притаманністю суб‘єктам з високим рівнем нейротизму тенденції до уникнення ситуацій, в яких вони можуть отримати негативний зворотній зв'язок відносно власної компетентності (мотивація уникнення покарання), у той час як суб‘єктам з низьким рівнем нейротизму и високим рівнем екстраверсії і сумлінності притаманна протилежна глибинна тенденція активного реагування на виклик активними діями, що свідчить про наявність мотивації пошуку схвалення їх активності.

Запропонована модель особистісних чинників, що детермінують вибір конструктивних та неконструктивних форм проактивної копінгповедінки. Модель включає три взаємопов‘язані рівні оцінювання ефективності копінг-поведінки: первинний (афективний) рівень прояву ставлення до ситуації, когнітивний рівень оцінювання наявних ресурсів стресоподолання та граничний рівень вибору форми копінг-поведінки.

До первинного рівня ми віднесли глибинні афективні реакції, зумовлені рівнем нейротизму особистості.

До когнітивного рівня увійшли ознаки «его-ідентичності» як стабільності Я-концепції у складних та стресогенних ситуаціях, а також поняття «его-залученості» як рівня актуалізації поведінкових ресурсів.

Граничний рівень особистісних чинників ми пов'язали з рівнем суб‘єктивного благополуччя суб‘єкта і безперервності його психічного здоров‘я.

Форми прояву проактивного копінгу у світлі вищезазначеного виявилось можливим розділити на проблемно-фокусовані (engagement coping) і орієнтовані на емоційне реагування та уникнення активності (disengagement coping), тобто конструктивні та неконструктивні.

Проблемно-орієнтований проактивний копінг є подібним за стратегіями його реалізації стратегіям реактивної копінг-поведінки, орієнтованим на вирішення проблеми.

До форм прояву емоційно-фокусованого проактивного копінгу типу уникнення ми віднесли самоінвалідизацію – у різних варіантах її прояву: створення перешкод для успішної реалізації власної діяльності, в успіху якої суб‘єкт не є впевненим, за допомогою посилань на нездоров‘я, вживання алкоголю, наркотиків і інших засобів забезпечення запобігання активності, спрямованої на вирішення нагальної проблеми.

У даному розділі роботи також наведено обґрунтування вибору методичного інструментарію для здійснення емпіричної перевірки дослідження теоретично обґрунтованих особистісних чинників вибору людиною проактивних форм копінгповедінки, на основі якого нами була розроблена стратегія емпіричного дослідження, обрано залежні та незалежні змінні, визначено методи статистичної обробки даних.

 В наступному розділі детально розкрито підходи до організації дослідження, розглянуто його результати, підходи до їх кількісного та якісного аналізу отриманих результатів.

Узагальнюючи результати теоретичного аналізу вірогідних особистісних чинників самоінвалідизації як емоційно-вмотивованої копінг-поведінки типу уникнення вирішення проблеми, можна стверджувати, що про такий категоріальний статус даного феномену свідчать його наступні ознаки.

По-перше, притаманність самоінвалідизації ознак стратегіальної поведінки, тобто довільності її вибору, зумовленої обмеженістю особистісних ресурсів, необхідних для прояву активності на шляху вирішення нагальної проблеми, значущість якої для суб‘єкта виявляється на рівні емоційного реагування.

Про останнє свідчить, зокрема, демонстративність прояву самоінвалідизації, та її зовнішня парадоксальність - самостворення перешкод на шляху досягнення цілей значимої діяльності, яку довгий час пояснювали мотивом захисту власного вразливого «его», що є вторинним, як було з‘ясовано пізніше і не призводить до підвищення самооцінки суб‘єкта, а лише створює ілюзію її підвищення.

Глибинною, рушійною силою самоінвалідизації є прагнення суб‘єкта (у соціально прийнятний спосіб) дистанціюватись від вирішення проблеми, заради запобігання антиципованої загрози поразки на шляху досягнення цілі.

Другою важливою ознакою самоінвалідизації як проактивної копінгповедінки, спрямованої на запобігання загрози поразки у досягненні бажаної цілі, є тенденція уникати ситуацій відповідальних випробувань, у яких відсутність в людини психологічних ресурсів впоратись із ситуаційними вимогами особливо чітко усвідомлюється і створює загрозу власному образу компетентного суб‘єкта, а через це, і суб‘єктивному благополуччю.

По-третє, розглянуті дані емпіричних досліджень різних авторів щодо співпадіння певних стійких диспозиційних особистісних ознак суб‘єктів, схильних до самоінвалідизації, з одного боку, і суб‘єктів, які віддають перевагу в умовах так званого «реактивного» копінгу стратегіям емоційнофокусованого реагування і емоційно-вмотивованого уникнення вирішення проблеми,

- з іншого боку, надають можливість розглядати самоінвалідизацію як проактивну копінг-стратегію, орієнтовану на запобігання антиципованої загрози успішному досягненню нагальних цілей діяльності.

До складу цих ознак,що виокремлено у розробленій нами моделі психологічного діагнозу феномену самоінвалідизації, на типологічному рівні його аналізу можна віднести:

а) домінування нейротизму у динамічний структурі особистості;

б) низький рівень «сумлінності» як однієї із глобальних рис особистості, що піддається цілеспрямованому формуванню;

в) недостатній рівень сформованості умов саморозвитку.

Чим вищим є рівень усвідомлення особистісних характеристик, тим більшою є вірогідність їх стримувального впливу на прояв самоінвалідизації.

**2.2. Емпіричне дослідження особистісних чинників і категоріального статусу самоінвалідизації**

Представлено результати емпіричної перевірки обґрунтованого підходу до концептуалізації феномену самоінвалідизації як проактивної стратегії копінг поведінки і визначено її гіпотетичні індивідуально-психологічні та особистісні чинники.

Дослідження було здійснено на емпіричній вибірці у 120 осіб віком від 18 до 23 років, серед яких 45 чоловіків та 75 жінок – студентів.

Під час дослідження була проведена процедура адаптації методики «Шкала самоінвалідизації».

За допомогою розподілу вибірки методом кластерного аналізу (алгоритм Ксередніх) на три нееквівалентні групи створено умови для первинної квазіекспериментальної перевірки кількісних розбіжностей між обраними для емпіричного дослідження характеристиками особистісних змінних досліджуваних і типів копінг-стратегій, яким вони надають перевагу при виникненні ускладнень у діяльності.

Попарне порівняння показників «полярних» кластерів (першого і третього), які максимально відрізнялись за кількісними показниками всіх змінних, включаючи самоінвалідизацію, дозволило виявити такі закономірності: у кластері 3 з найвищими показниками сумлінності, відкритості досвіду і доброзичливості а також показників диспозиційної характеристики саморозвитку особистості зареєстровано найнижчі (для даної вибірки) рівні показників схильності до самоінвалідизації і нейротизму.

Встановлено також, що «полярні» кластери статистично значуще відрізняються за кількісними характеристиками переваг, які досліджувані надають різним копінг-стратегіям, як реактивним, так і проактивним.

Зокрема, у кластері з більш високою схильністю до самоінвалідизації зафіксовано більш високі кількісні показники схильності до вибору емоційно-фокусованої стратегії реактивної форми копінгу і більш низькі характеристики вибору проактивної копінг-стратегії.

Попарне порівняння «полярних» кластерів з «проміжним» (другим) кластером у цілому виявило подібну тенденцію (при більш низькому рівні значущості розбіжностей).

Оскільки кластерний аналіз обраного типу (алгоритм K- середніх) виявляє тільки напрям кількісних розбіжностей, в емпіричному дослідженні було застосовано й інші види статистичного аналізу емпіричних даних.

Проведено аналіз кореляційних зв’язків (за коефіцієнтом rлінійної кореляції Пірсона) між особистісними факторами та емоційнофокусованою стратегією реактивного копінгу і проблемно-орієнтованою стратегією проактивного копінгу.

 Зокрема, результати кореляційного аналізу показали, що самоінвалідизація має такі самі за знаком (додатні) і за щільністю (статистично значущі) кореляційні зв’язки з усіма відібраними для дослідження змінними, як і емоційно-фокусована стратегія реактивного копінгу, і протилежні (від’ємні) статистично значущі зв’язки із проактивною проблемно-орієнтованою стратегією.

Результати факторного аналізу дозволили встановити, що самоінвалідизація входить з протилежними знаками інтеркореляції до двох різних факторів, виокремленних методом головних компонент, а саме: з від’ємним знаком − у фактор «Активна налаштованість суб’єкта на саморозвиток і досягнення самоефективності» (r=-0.372) та з додатнім знаком − у фактор «Відчуття суб’єктом власної неспроможності впоратись з викликами життєдіяльності» (r= 0.370) і не входить до складу третього фактору «Відчуття суб’єктом повноти особистісних ресурсів оптимального функціонування».

Ці дані чітко розкривають, на наш погляд, копінг природу самоінвалідизації і свідчать про те, що як копінг стратегія самоінвалідизація є неоптимальною стратегією уникнення вирішення проблеми.

Результати кореляційно-регресійного аналізу для 4 моделей з різною кількістю ймовірних предикторів показали, що в усіх цих моделях показник самоінвалідизації статистично значуще додатньо корелює з показником емоційнофокусованої стратегії реактивного копінгу.

Це є підтвердженням притаманності самоінвалідизації категоріального статусу стратегії психологічного подолання антиципованих ускладнень, причому сфокусованою на уникнення вирішення проблем.

Про правомірність подібного висновку свідчать й інші дані кореляційно- регресійного аналізу.

Так, для моделі з 19 предикторів, в яку увійшли дібрані нами аналоги незалежних змінних з величинами кореляційних зв’язків від 0.3 і вище, виявлено дві найбільш ймовірних детермінанти, що пояснюють появу самоінвалідизації і є статистично значущими.

Ця модель має такий вигляд:

Самоінвалідизація = 58,21 +0,341\* Емоційно-фокусована стратегія реагування + (-0,202)\* Умови саморозвитку

Величина коефіцієнту множинної кореляції для наведеної вище двофакторної моделі самоінвалідизації дорівнює 0,449, що свідчить про наявність у моделі високої кореляції, причому самоінвалідизація додатньо корелює з емоційно-фокусованою стратегією реактивного копінгу і від’ємно − з показником умов саморозвитку як складової диспозиційної характеристики саморозвитку.

Коефіцієнт детермінації ймовірності появи самоінвалідизації як проактивної копінг стратегії при притаманності індивіду стратегії емоційно-фокусованого реактивного копінгу і недостатнього рівня умов саморозвитку реактивного копінгу становить 18,8% (нормований R квадрат = 0,188).

За результатами побудови кореляційно-регресійної моделі, у яку увійшли 13 змінних першого фактору «Активна налаштованість суб’єкта на саморозвиток і досягнення самоефективності», встановлено, що найбільш імовірними предикторами самоінвалідизації є емоційно-фокусована стратегія реактивного копінгу і показник умов саморозвитку.

Ці зв’язки описує наступна кореляційнорегресійна модель виду: Самоінвалідизація = 58,21 + 0,341\*Емоційно-фокусована стратегія реагування + (-0,202) \* Умови саморозвитку

Значення R-квадрату (коефіцієнту детермінації) становить 0,202.

Це означає, що частка дисперсії показників самоінвалідизації, пояснена регресією, складає 20,2%.

Розрахована регресійна модель є значущою за критерієм F-Фішера (F=14,79, при р≤0,000).

За результатами побудови кореляційно-регресійної моделі, що містила 7 факторів, які, за даними факторного аналізу, увійшли у фактор з назвою «Відчуття суб’єктом власної неспроможності впоратись з викликами життєдіяльності», встановлено, що найбільш значущім предиктором самоінвалідизації є показник емоційно-фокусованої копінг-стратегії реактивного подолання. За допомогою кореляційно-регресійного аналізу для 24 предикторів, до складу яких увійшли всі параметри, обрані нами для дослідження, а саме:

-показники глобальних структурних особистісних рис моделі «велика п’ятірка»,

-показники рівня сформованості «диспозиційних характеристик саморозвитку особистості»,

-показники суб’єктивного благополуччя, впевненості суб’єкта у самоефективності, показник самоставлення,

-показники реактивних і проактивних копінг-стратегій.

Встановлено, що до складу двох найбільш інформативних предикторів самоінвалідизації входять: особистісна диспозиційна риса сумлінність і той же самий показник емоційно-фокусованої стратегії реактивного копінгу, який був зареєстрований у всіх розглянутих вище моделях, зокрема у моделі із 19 змінних.

Ці зв’язки описує наступна кореляційно-регресійна модель:

Самоінвалідизація = 54,579 + 0,398\*Емоційно-фокусована стратегія + (-0,224)\*Сумлінність

Величина коефіцієнту множинної кореляції для даної моделі дорівнює 0,464. Значення R-квадрату (коефіцієнту детермінації) становить 0,215.

Це означає, що частка дисперсії результату показників самоінвалідизації, пояснена регресією, становить 21,5%. Розрахована регресійна модель є значущою за критерієм FФішера (F=16,055, при р≤ 0,000).

Крім того за даною моделлю було виявлено ще кілька значущих імовірних предикторів появи самоінвалідизації, хоча і з більш низькими показниками рівня значущості:

1) від’ємний зв’язок з екстраверсією t = -0,235 (p≤0,05);

2) від’ємний зв'язок із показником проактивного копінгу як форми концентрації на проблемі, що очікується, t = -2,178 (p≤0,05);

3) від’ємний зв'язок на рівні тенденції (при p≤0,053) із «безперервністю психічного здоров’я»;

4) додатний зв’язок з нейротизмом при t= 1,98 і p≤ 0,05.

Отримані емпіричні дані достатньо переконливо підтверджують як гіпотезу про притаманність самоінвалідизації ознак копінг поведінки, так і розкривають тип цієї поведінки як емоційно-вмотивованої стратегії уникнення, бо за чотирма кореляційно-регресійними моделями з різною кількістю змінних встановлено детермінацію появи самоінвалідизації притаманністю суб’єкту стратегії емоційнофокусованого реагування.

Це дає можливість вважати самоінвалідизацію дзеркальною проекцією стратегії емоційно-фокусованого реактивного копінгу на копінг-поведінку при майбутніх ускладненнях.

Отримані дані надають також уявлення про особистісні чинники самоінвалідизації, до складу яких, як встановлено, входять дві генетично-зумовлені риси особистості: нейротизм, з яким вона корелює додатньо, і екстраверсія, з якою ймовірність появи самоінвалідизації пов’язана від’ємно.

Проте, усвідомлені особистісні характеристики, зокрема, сформовані завдяки саморозвитку, є більш значущими предикторами можливості подолання самоінвалідизації.

За результатами емпіричного дослідження зазначено, що серед факторів, які можуть стримувати появу самоінвалідизації, знаходиться показник «умови саморозвитку» як складова диспозиційної характеристики саморозвитку.

Цей результат відкриває перспективи подолання явища самоінвалідизації, що негативно впливає на психологічні ресурси та на психічне здоров’я особистості.

Те, що ні в жодному з варіантів кореляційно-регресійного аналізу не виявлено значущих зв’язків самоінвалідизації із самооцінкою, не залишає сумнівів в її статусі копінг-стратегії.

**2.3. Проблема самоінвалідизації у підлітків в діяльності фізичного терапевта**

Сучасне життя, яке характеризують велика кількість економічних і психологічних проблем спричиняє у людини неабияке напруження моральних і фізичних ресурсів.

Нині на психіку людини впливають надсильні стресори (соціальні, природні, побутові).

Сьогодні проблема стресу набула не тільки винятково наукового значення, але стала поняттям, що об'єднує широке коло явищ повсякденного життя, у тому числі зміненого психічного стану під впливом екстремальних обставин.

Стрес як особливий психічний стан пов'язаний з зародженням і проявом емоцій, але він не зводиться лише до емоційних феноменів, а детермінується і відображається в мотиваційних, когнітивних, вольових, характерологічних та інших компонентах особистості.

Для подолання щоденних стресових ситуацій людині потрібні певні знання про способи, умови та можливості опанування стресу, а також навички практичного застосування їх у житті.

І особливо актуальною ця проблема постає у підлітковому віці, який являє собою переломний період у житті особистості.

Зміна структури соціальних ролей, засвоєння нових цінностей та норм, розвиток самосвідомості та поглиблення рефлексії, які відбуваються у підлітковому віці, самі по собі є стресогенними факторами для підлітків.

Часто додаються ще й негативні переживання, пов’язані з кризою підліткового віку.

Саме у цей період будь-які тяжкі життєві ситуації можуть мати негативний вплив на розвиток підлітків, які часто використовують неадаптивні стратегії копінгу.

Це, у свою чергу, негативно впливає на їхній актуальний стан та адаптивні можливості у майбутньому.

В останні десятиліття в психологічній науці істотно підсилився інтерес до проблеми вивчення суб'єкта, що стикається із ситуаціями стресу, особлива увага при цьому приділяється копінгу (І. Ф. Аршава, В. О. Бодров, О.Р. Ісаєва, Е. Л. Носенко, Н. В. Родіна).

 Широкий інтерес до вивчення стресу та його подолання призвів до створення численних теорій копінгу (Р. С. Лазарус, С. Фолкман, С. Е. Гобфолл, К. С. Карвер, М. Ф. Шеєр та ін.), переважна більшість яких спрямовані на вивчення реактивного копінгу – взаємодії суб’єкту зі стресовими ситуаціями, що вже сталися, або відбуваються у даний час.

Наразі вже розпочались активні дослідження копінгу, спрямованого на майбутні стресори, зокрема проактивного копінгу.

Низка авторів розглядають його як превентивний конструкт, який відповідає за акумуляцію ресурсів і здобуття навичок, спрямованих на підготовку до можливих стресів взагалі (Л. Дж. Еспінволл, С. Е. Тейлор, К. Ауеханд), інші роблять увагу на ролі проактивного копінгу в акумуляції ресурсів для особистісного зростання та прямування до цілей, що сприймаються як виклики (Р. Шварцер, Ш. Тауберт, Г. С. Шмітц, Е. Грінгласс) і розцінюють його як ієрархічно вищу форму подолання (О. С. Старченкова, І. Гань).

Стреси, що виникають у підлітковому віці, широко досліджувались закордонними авторами (Б. М. Гадзелла, Д. В. Ґінтер, Г. Л. Фулвуд, В. В. Краснова), проте у вітчизняній психології ці дослідження відбуваються переважно у якісному, ніж у кількісному аспекті (С. М. Панченко, П. І. Сахно, Г. Е. Овчаренко, Н. К. Лебідь).

Проактивний копінг та пов’язані з ним копінг-ресурси вважаються важливими психологічними конструктами, здатними підвищувати якість життя у підлітковому віці та забезпечувати ефективне подолання стресу (Е. Грінглас, Т. Пасіковський, С. Сол, Е. Мойер, Л. Бертон, Л. Нельсон).

Про важливість вивчення способів поведінки особистості у важких життєвих ситуаціях або копінг-поведінки свідчать численні дослідження авторів, які були присвячені вивченню ролі, характеру дії і впливу копінг-стратегій і копінг-ресурсів на адаптацію представників професійних, гендерних, соціальних, вікових та інших груп в складних стресових умовах (Лазарус Р., Фолькман С., Ялтонский В., Сирота Н., Анциферова Л., Нартова - Бочавер, Ткачук Т, Родіна І., Сивогракова Т. та ін.).

Незважаючи на велику кількість праць з даної проблеми, наразі не існує вичерпного аналізу та узагальнення особливостей способів подолання підлітками стресових ситуацій.

Виокремлено та проаналізовано низку наукових підходів, у межах яких проводяться дослідження стресу, що означені як: реакція організму у відповідь на шкідливі подразники, які проявляється у стані нервово-психічного напруження, негативних емоційних переживаннях, захисних реакціях, стані патології (Г. Сельє, Л. Леві та ін.); характеристика зовнішнього середовища з точки зору стимулів, що турбують або руйнують - стрес-факторів (Дж. Вайтц, Г. Франкенхайзер, Р. Лазарус та ін.); модель взаємодії людини й середовища, у межах якої стрес розуміється як реакція людини у відповідь на відсутність «відповідності» між можливостями особистості й вимогами, які до неї ставляться з боку середовища (Т. Кокс, Дж. МакКей та ін.).

Ступінь виразності, прояви та протікання стресу у конкретної людини залежить від особливостей емоційно-особистісної сфери, індивідуального досвіду, контексту групової та організаційної взаємодії, в межах якої здійснюється діяльність.

Сьогодні копінг є одним з центральних понять у загальній психології, зокрема серед видів копінгу, що стосуються майбутніх стресорів, особливе місце займає проактивний копінг.

Існує два головні напрямки в розумінні природи феномену проактивного копінгу. У рамках першого напрямку (Л. Еспінвол, Ш. Тейлор, К. Ауеханд, Д. Ріддер, Дж. М. Бенсінг) проактивний копінг розглядається як зусилля по запобіганню або завчасному видозміненню негативних подій, що потенційно можуть статися.

У рамках другого підходу (Р. Шварцер, Ш. Тауберт, Г.С. Шмітц, Е. Грінглас, І. Гань, О. С. Старченкова) проактивний копінг розуміється як зусилля, що спрямовують людину до цілей-викликів та особистісного зростання, як багатовимірна, орієнтована на майбутнє стратегія, що інтегрує процеси керування якістю життя особистості з процесами саморегуляції.

Останню точку зору на проактивний копінг прийнято за основну, оскільки цей підхід не відкидає інший, а лише доповнює та розвиває його.

Аналіз концепцій проактивного копінгу свідчить про те, що за допомогою цього конструкту можна пояснити багато позитивних змін, які характеризують людину, орієнтовану на проактивне подолання, таких як прагнення до особистісного зростання, здатність дотримуватися цілей та переоцінювати досвід.

У процесі проактивного копінгу на перший план виступають соціальні та індивідуальні ресурси та ефективна саморегуляція, які відіграють важливу роль у тому, як індивід переживає стрес.

 Особлива цінність проактивного подолання полягає у тому, що воно орієнтоване на майбутнє, носить профілактичний характер і сприяє підвищенню якості життя і психологічного благополуччя.

Підлітковий вік – це один з найважливіших етапів життя людини.

Перехід від дитинства до дорослості стосується всіх аспектів розвитку підлітка – фізичного, розумового, морального, соціального.

У підлітковому віці найбільш помітного розвитку зазнають специфічно людські, соціально зумовлені види пізнавальних процесів (довільна та внутрішня увага, спостережливість, теоретичне мислення, словесно-логічна пам’ять, мовлення, уява), вдосконалюється керованість й регульованість пізнавальних процесів, свідоме ставлення підлітка до їх використання при вирішенні складних навчально-пізнавальних задач.

Підліток починає усвідомлювати себе як особистість – члена суспільства і учасника міжособистісних взаємин.

Основними причинами стресу в підлітковому віці можуть стати: конфлікти в сім’ї, з однолітками, та найближчим оточенням; незадоволеність собою, своєю зовнішністю, різні ситуації пов’язані з навчальною діяльністю та ін.

Поширеними ознаками стресу у цьому віковому періоді є злість, втрата ілюзій, недовіра до всього світу, низька самооцінка, бунтарська поведінка, а на рівні фізіології – головні болі та болі в шлунку тощо. Отож, стресові події негативно впливають на психіку та поглиблюють підліткову кризу.

У підлітковому віці лише починають формуватися копінг-стратегії поведінки у стресових ситуаціях.

Розвиток здатності до пошуку і реалізації оптимальних рішень у кризових ситуаціях відбувається по мірі дорослішання і набуття життєвого досвіду.

 З віком помітно зменшується доля неадаптивних способів реагування, насамперед у ситуаціях конфлікту з другом і отримання «поганої» оцінки.

Велика значущість спілкування з ровесниками у молодшому підлітковому віці далеко не завжди запускає адаптивні форми поведінки, спрямовані на розв’язання міжособистісних конфліктів.

«Погана» оцінка сприймається хворобливіше на тлі загального зниження самооцінки у кризі підліткового віку та нестійкості ще несформованої Я-концепції, часто викликаючи прояв неадекватних реакцій.

Загострене проблемне реагування у кризі підліткового віку змінюється більш зрілим соціально-психологічним баченням ситуації.

Аналіз та узагальнення отриманих даних дозволили констатувати, що доля адаптивних стратегій подолання стретсових ситуацій залишається незмінною для молодшої та старшої вікових групи підлітків.

Неадаптивні форми реагування мають тенденцію з віком зменшуватися, поступаючись можливістю прояву частково адаптивним копінг-стратегіям.

У молодшому підлітковому віці домінують неадаптивні способи подолання стретсових ситуацій, у старшому підлітковому провідними стають частково адаптивні способи реагування.

Дієвими засобами розширення репертуару способів опанування стресу, вироблення копінг-стратегій підлітками є збагачення їх інтелектуальних ресурсів, розвиток раціонального осмисленого підходу до розв’язання власних проблем.

Проведене емпіричне дослідження особливостей проактивного подолання стресових ситуацій у підлітковому віці. В експерименті прийняло участь 60 старших підлітків. За методикою «Діагностика стану стресу» А. О. Прохорова високий рівень регуляції в стресових ситуаціях, при якому людина веде себе в стресовій ситуації досить стримано і вміє регулювати свої власні емоцій, був виявлений у 13,3% підлітків.

У 46,7% підлітків виявлено помірний рівень регуляції в стресових ситуаціях, слабкий рівень регуляції в стресових ситуаціях був виявлений у 40,0% підлітків.

Тест на визначення стресостійкості особистості показав, що у 40% опитаних підлітків стресостійкість на середньому рівні, 33,3% підлітків мають рівень стресостійкості нижче середнього і 26,6% - вище середнього.

Результати за двома методиками виявлення рівня стресостійкості вийшли схожими – у більшості підлітків виявлений середній рівень регуляції в стресових ситуаціях.

Результати, отримані за методикою діагностики стратегій поведінкової активності в стресових умовах згідно тесту-опитувальника С. Дженкінса показали, що більшість підлітків опитаної групи – збалансовані, з неявною схильністю до домінування, впевнені, емоційно-стабільні особистості.

Домінуючі копінг-стресові поведінкові стратегії відповідно були виявлені за допомогою тесту С.Нормана, Д.Ф.Ендлера.

Більшість досліджених підлітків (40,0%) обирає у стресових ситуаціях копінгповедінку, орієнтовану на емоційне відреагування.

Третина досліджених (33,3%) обрали копінг-поведінку у стресових ситуаціях, орієнтовану на вирішення задачі конструктивними засобами.

Копінг-поведінку, орієнтовану на уникнення обирають 26,7% опитаних.

Результати тестування за методикою «Способи долаючої поведінки Лазаруса» показали, що виражена дезадаптація напруженості копінга було виявлено у 14% підлітків за шкалами «Конфронтаційний копінг», «Втечауникнення» та «Позитивна переоцінка», ще у 5% підлітків - за шкалою «Самоконтроль».

Для 33% підлітків домінуючою стратегією поведінки є «Планування вирішення проблеми», 24% мають домінуючу стратегію «Позитивна переоцінка», по 5% вибірки мають домінуючу стратегію «Дистанціювання» та «Прийняття відповідальності».

Отже, для більшості підлітків характерно подолання стресових ситуацій за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації і можливих варіантів поведінки, вироблення стратегії вирішення проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду і наявних ресурсів.

**Список використаної літератури**

1. Волков Ю. Г., Поликарпов В. С. Человек. Энциклопедический словарь  – М. : Гардарики, 1999. – С. 91.
2. Детальніше про управління розвитком психічного здоров’я, див. : Управління соціальним розвитком. – К., 2005. – С. 216-217.
3. Доклад о развитии человека за 1999 год. Ocsford – University – Press. – N.Y., 2000. – p. 168-175.
4. Дюркгепм Э. Метод социологии / Э. Дюркгепм // Западноевропейская социология XIX – начала XX веков. – М., 1996. – С. 256-309.
5. Иванченко В. А. Как быть здоровым / В. А. Иванченко // СПб. Комплект, 1994. – С. 7.
6. Лоренц К. Агрессия (так называемое Зло) / К. Лоренц // Вопросы философии. – 1992. – № 3. – С. 26.
7. Общественные науки и здравоохранение. – М., 1987.
8. Canguilem G. Le hormal et le pathologiqne. – Paris PUF, 1996. – P. 17.
9. Аршава І.Ф. Суб’єктивне благополуччя та його різнорівневі індивідуально-психологічні та особистісні кореляти / І.Ф. Аршава, Д.В. Носенко // Вісник ДНУ, Серія «Педагогіка і Психологія». – Д.: Вид-во ДНУ, 2012. – Т. 20, Вип. 18. – С. 3-10.
10. Аршава І.Ф. Особистісні детермінанти вибору людиною конструктивної та неконструктивної форм проактивної копінг-поведінки / І.Ф. Аршава, Д.В. Носенко // Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький держ. пед. ун-т імені Г. Сковороди» : тематичний випуск «Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання». – К.: Гнозис, 2013 р. – Т. 4, дод. 1 до Вип. 29. – С. 42-50.
11. Носенко Д.В. Феномен «самоінвалідизації» у структурі форм прояву копінг-поведінки і його особистісні детермінанти / Д.В. Носенко // Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – К.: 2013. – Т. 11, - Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 7, Ч. 1. – С.222-230.
12. Носенко Д.В. Шкала самоінвалідизації: психометричні властивості українського перекладу на вибірці студентів університету / Д.В. Носенко // Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – К.: Вид-во ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2014. – Т. Х, - Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. Вип. 26. – С. 550-565.
13. Arshava I.F. et al. The Role of Simultaneous Pursuing of Academic and Athletic activities over youth in personality development / I.F. Arshava, D.V. Nosenko, G.V. Nosenko // Psychology, Vol. 4, №3А, 2012 – P. 1-9.
14. Arshava I.F. Personality-mediated differences in coping behavior as precursors of the subjective well-being / I.F. Arshava, E.L. Nosenko, D.V. Nosenko // European Scientific Journal. – 2013. – Special Edition, Vol.2. – Р. 548-558.
15. Arshava I.F. Self-handicapping as a coping strategy: Approaches to conceptualization // I.F. Arshava, E.L. Nosenko, D.V. Nosenko // Advances in Social Sciences Research Journal. – 2014. – Vol. 1, № 3. – Р. 157-167. – Режим доступу: http://scholarpublishing.org/index.php/ASSRJ/article/view/157/127
16. Nosenko D.V. Broadening the Scope of Proactive Coping Strategies Through Examining their Links with Dispositional Self-Evolution Resources / D.Nosenko // Вісник Дніпропетр. нац. ун-ту.Сер. «Педагогіка і Психологія». – 2014. – Т. 22, Вип. 20, № 9(1). – С. 20-25.
17. Arshava I.F., Nosenko E.L., Nosenko D.V. The role of simultaneous pursuing of athletic and academic activities in mental health enhancement // I.F. Arshava, E.L. Nosenko, D.V. Nosenko// XXVI European Congress on Health Psychology, Prague, August 2012.
18. Nosenko D.V., Nosenko G.V. Personality development as a positive outcome of the simultaneous pursuing of academic and athletic activities / D.V. Nosenko, G.V. Nosenko // III World Congress on Positive Psychology, Los Angeles, July 2013.
19. Arshava I.F., Nosenko E.L., Nosenko D.V. Personality and information processing: a computer-assisted technique of predicting agentic activity and emotional stability // I.F. Arshava, E. L. Nosenko, D.V. Nosenko // European Multidisciplinary Forum, Tbilisi, 2013.
20. Arshava I.F., Nosenko E.L., Nosenko D.V. Personality precursors and healthrelated consequences of self-handicapping as a form of coping inadequacy / I.F. Arshava, E.L. Nosenko, D.V. Nosenko // European Health Psychology Society, Innsbruck, August 2014.
21. Nosenko D.V. Advantages of distance learning for the persons prone to selfhandicapping / D.V. Nosenko // Віртуальний освітній простір: психологічні проблеми (до 85-річчя Ю.І. Машбиця), червень 2014р.
22. Носенко Д.В. Критерії категоризації феномену самоінвалідизації як стратегії проактивної копінг-поведінки / Д.В. Носенко // Всеукраїнська науковопрактична конференція «Провідна роль освітнього досвіду в становленні особистості», 25 квітня 2015 р.
23. Arshava I.F., Nosenko E.L., Nosenko D.V. Self-handicapping as a proactive disengagement coping strategy / I.F. Arshava, E.L. Nosenko, D.V. Nosenko // 14th European Congress of Psychology, Milan, 7-10th of July 2015.
24. Arshava I.F., Nosenko E.L., Nosenko D.V. The role of "characteristic adaptations" in the stability of sporting skills execution / I.F. Arshava, E.L. Nosenko, 21 D.V. Nosenko // 14th European Congress of Sport Psychology, 14- 19 July 2015, Bern, Switzerland.
25. Arshava I.F., Nosenko D.V., Nosenko G.V., The role of athletic activity over youth in developing internal resources for perceived self-control / I.F. Arshava, D.V. Nosenko, G.V. Nosenko // 14th European Congress of Sport Psychology, 14- 19 July 2015, Bern, Switzerland
26. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale / A. Antonovsky // Social Science Medicine. – 1993. - № 36. – С. 725 -733.
27. Arkin, R. M. Handbook of the Uncertain Self / R.M. Arkin, K.C. Oleson, P.J. Carroll // New York: Taylor and Francis. – 2010. – 496 с.
28. Ashton M.C. What is the central feature of extraversion? Social attention versus reward sensitivity / М.С. Ashton, К. Lee, S.V. Paunonen // Journal of Personality and Social Psychology. – 2002. – №83. – С. 245–252.
29. Aspinwall L.G. A stitch in time: Self-regulation and proactive coping / L.G. Aspinwall, S.E. Taylor // Psychological Bulletin. – 1997. - № 121 (3) – С. 417-436.
30. Aspinwall L.G. Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance / L.G. Aspinwall, S.E. Taylor // Journal of Personality and Social Psychology. -1992. С. 989-1003.
31. Austenfeld J.L. Coping through emotional approach: a new look at emotion, coping, and health-related outcomes / J. L. Austenfeld, A.L. Stanton A.L. // Journal of Personality. – 2004. – №72. – С. 1335–1363.
32. Bandura A. Self-regulation of motivation through anticipatory and selfregulatory mechanisms / A. Bandura // Perspectives on motivation: Nebraska symposium on motivation. -1991. - № 38. - С. 69-164.
33. Lazarus R.S. Emotions and interpersonal relationships: toward a personcentered conceptualization of emotions and coping / R.S. Lazarus // Journal of Personality.– 2006. – №74. – С. 9–46.
34. Lazarus R.S. and Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping /R.S. Lazarus, S. Folkman // European Journal of personality. – 1987. – №1. – С.141-169.
35. Lee-Baggley D. Coping with interpersonal stress: role of Big Five traits / D. Lee-Baggley, M. Preece, A. DeLongis // Journal of Personality. – 2005. – №73. – С. 1141–1180.
36. McCrae R.R. Nature over nurture: temperament, personality, and life span development. / R.R. McCrae, P.T. Costa Jr, F. Ostendorf F. та ін. // Journal of Personality and Social Psychology. – 2000. – №78. – С. 173–186.
37. McCrea, S.M. The role of ability judgments in self-handicapping. / S.M. McCrea, E.R. Hirt// Personality and Social Psychology Bulletin, –2010. – № 27 – C. 1378-1389.
38. McCrea, S. M. The worker scale: Developing a measure to explain gender differences in behavioral self-handicapping / S.M. McCrea, E.R. Hirt, K.L. Hendrix, B.J. Milner, N.L. Steele// Journal of Research in Personality. –2008. – C. 949-970.
39. McCrea, S. M. She works hard for the money: Valuing effort underlies gender differences in behavioral self-handicapping / S.M. McCrea, E.R. Hirt, B.J. Milner // Journal of Experimental Social Psychology. – 2008. – №44. – С. 292–311.
40. McCrea, S.M. Self-handicapping, excuse making, and counterfactual thinking: Consequences for self-esteem and future motivation. / S.M. McCrea // Journal of Personality and Social Psychology – 2008. - № 95 (2) –С. 274-292.
41. Mischel W. Toward an integrative science of the person. / W. Mischel // Annual Review of Psychology. – 2004. – №55. – С. 1–22.
42. Moos R.H. Dispositional and contextual perspectives on coping: toward an integrative framework. / R.H. Moos, C.J. Holahan // Journal of Clinical Psychology. – 2003. – №59. – С. 1387–1403.
43. Ozer D.J. Personality and the prediction of consequential outcomes / D.J. Ozer, V.B. Benet-Martinez // Annual Review of Psychology. – 2006. – №57. – С. 401–421.
44. Parker, J.D. Personality and Coping Process / In G.Boyle, G. Matthews & D. Saklofske// SAGE Handbook of personality theory and assessment. Vol. 1. Personality theories and model.Los Angeles, CA: Sage Publications. – 2008. – C.80-101.
45. Penley J.A. Associations among the Big Five, emotional responses, and coping with acute stress. / J.A. Penley, J. Tomaka // Personality Individual Differerences. – 2002. – №32. – С. 1215–1228.
46. Peterson C. Character strengths and virtues: A handbook and classification. / C. Peterson, M. E. P. Selimgan. – Washington D.C., USA: Americain Psychological Association, 2004. – 816 c.
47. Prokopcakova A. Choice of coping strategies in the interaction: anxiety and type of a demanding life situation (a research probe) /A. Prokopcakova // Studia Psychologica. – 2004. – №46. – С. 235–238.
48. Pulford, B.D. A cross-cultural study of predictors of self-handicapping in university students / B. D. Pulford, A. Johnson, M. Awaida // Personality and Individual Differences. – 2005. – №39. – С. 727–737.
49. Roberts B.W. Conscientiousness and health across the life course. / B.W. Roberts, K.E.Walton, T. Bogg // Review of General Psychology. – 2005. – №9. – С. 156–168.
50. Rolls E.T. Emotions and Decision –Making Explained. / Rolls E.T. – Oxford, UK: Oxford Univ. Press, 2005. – C.704.
51. Ross, S. R. Self-handicapping and the five factor model of personality: Mediation between neuroticism and conscientiousness / S.R. Ross, K.E. Canada, K. Rausch. // Personality and Individual Differences. – 2002. – №32. – С. 1173–1184.
52. Ryan R.M. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being / R.M. Ryan, E.L. Deci // Annual Review of Psychology. – 2001. – №52. – С. 141–166.
53. Schaufelli, W.B. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study / W.B.Shaufelli// Journal of Organizational Behavior – 2005. – № 25 – С. 293-315.
54. Siegel, P. A. Reducing the tendency to self-handicap: The effect of selfaffirmation / P.A.Siegel, J.Scillitoe, J., R. Parks-Yancy // Journal of Experimental Social Psychology. – 2005. – №41. – С.589–597.
55. Skinner, E. A. Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping/E.A. Skinner, K.Edge, J. Altman// Psychological Bulletin. –2003. – № 129. – С. 216-269.
56. Skinner E.A. The development of coping / E.A.Skinner, M.J. ZimmerGembeck // Annual Review Psychology. – 2007. – №58. – С.119–144.
57. Steel P. Refining the relationship between personality and subjective wellbeing/ P. Steel P, J. Schmidt, J. Shultz // Psychology Bulletin. – 2008. – №134. – С. 138– 161.
58. Strunk, K. K. Relative contributions of self-efficacy, self-regulation, and selfhandicapping in predicting student procrastination. / K.K. Strunk, M.R. Steele // Psychological Reports. – 2012. – С. 983–989.
59. Suls J. The daily life of the garden-variety neurotic: reactivity, stressor exposure, mood spillover, and maladaptive coping. / J. Suls, R. Martin // Journal of Personality. – 2005. – №73. – С. 1485–1509.
60. Tennen H. A daily process approach to coping: linking theory, research, and practice. / H. Tennen, G. Affleck, S. Armeli, M.A. Carney // Amrerican Psychology. – 2000. – №55. – С. 626–636.
61. Urdan, T. Academic self-handicapping: What we know, what more there is to learn / T.Urdan, C. Midgley // Educational Psychology Review. – 2001. – №13. – С. 115– 138.
62. Vaillant G.E. Adaptive Mental Mechanisms: Their Role in a Positive Psychology/ G.E. Vaillant// American Psychology. – 2000. – №55. – C. 89-98.
63. Vollrath M. Personality types and coping. / M. Vollrath, S. Torgersen // Personality Individual Differences. – 2000. – №29. – С. 367–378.
64. Vollrath M. Personality and stress / M. Vollrath // Scandinavian Journal of Psychoogy. – 2001. – №42. – С. 335–347.
65. Wrosch C. Giving up on unattainable goals: benefits for health? / C. Wrosch, G.E. Miller, M.F. Scheier, S. Brun de Pontet // Personality and Social Psychology Bulletin. – 2007. – №33. – С. 251–265.
66. Zuckerman, M. Costs of self-handicapping. /M.Zuckerman, F.F. Tsai// Journal of Personality – 2005. – № 73 – C. 411–442.