

З таблиці видно, що у сангвіників переважає помірно високий рівень мотивації(48%), у холериків – високий рівень(61,2%), у флегматиків – середній рівень(39,1%), меланхоліків – низький рівень мотивації до успіху(72,7%). Це пояснюється тим, що люди з холеричним типом темпераменту сильні та цілеспрямовані, що може спонукати їх до досягнення успіху своєї діяльності. Сангвіники характеризуються як люди сильні, врівноважені, рухливі, досить вимогливі до себе, тому такі люди, найчастіше, мають високий та помірно високий рівні мотивації до досягнення успіху. Що стосується флегматиків, це люди врівноважені, сильні, але інертні, через що їх мотивація знаходиться в межах від середнього до високого рівнів. Меланхоліки – слабкий тип людей, вони дуже чутливі, невпевнені в собі, тому і рівень мотивації у них відповідний – низький .

Отже,проведене дослідження дає підстави стверджувати, що існує тенденція до зв'язку між типом темпераменту і мотивацією до успіху, що має бути враховано педагогом у організації навчальної діяльності, а керівником - трудової діяльності.

#### **Список використаних джерел**

1. 1.Гипенрейтер Ю.Б.Введение в общую психологию: курс лекций /Ю.Б.Гипенрейтер.-М: Изд-во Моск. ун-та, 1988.-320с.
2. 2.Джуелл Л. Індустріально-організаційна психологія: підручник для вузів /Л.Джуелл.-П:Пітер,2001.-720с.
3. 3.Ильин Е.П.Мотивация и мотивы/Е.П.Ильин.-П: Питер,2002.-512с.
4. 4.Максименко С.Д. Общая психология/С.Д.Максименко, О.В.Соловьевко.-К:МАУП,2000.-528с.
5. 5.Стреляу Я. Роль темперамента в психическом развитии/Я.Стреляу.-М:Прогресс, 1982.-34с.
6. 6.Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность/Х.Хекхаузен.-П:Пітер, 2003.-860с.

**Маліцька Л.Б.**

#### **Психологічні аспекти невротичних розладів особистості**

Соціальні ситуації сьогодення зачепують найбільш загальні механізми людської психіки і характеризують загальнолюдські культурно-історичні (навіть анатоμο-біологічні) особливості адаптаційної психодинаміки. З огляду на масштабність психотрамуючих чинників, які впливають на сучасне суспільне життя людини, помітно виділяється збільшення кількості і варіативності особистісних, невротичних розладів в різних верствах населення.

Невроз – психогенний (здебільшого конфліктогенний) нервово-психічний розлад, що виникає в наслідок руйнування особливо значущих життєвих відносин людини і проявляється у специфічних клінічних

феноменах при відсутності психотичних явищ. Невроз характеризується: по-перше, зворотністю патологічних зрушень, що характеризує невроз, як зрив вищої нервової діяльності різної тривалості в часі; по-друге психогенною природою захворювання, яка на думку В.М.Мясищева, визначається наявністю змістового зв'язку між клінічною картиною неврозу, особливостями системи відносин та патогенною конфліктною ситуацією особистості; третє - специфічність клінічних проявів, що визначаються домінуванням емоційно-афективних і соматовегетативних розладів. Окремо виділяються системні неврози, тобто первинні психогенні розлади вищої нервової діяльності локального характеру, певної структури корково-підкоркової системи головного мозку, що зумовлюють вибіркові розлади функціональної діяльності окремих анатомо-фізіологічних систем: серцево-судинної, травної, дихальної та ін.[1] Системний невроз поняття динамічне. Певний психогенний розлад, що виникає як системний може трансформуватися в загальний невроз і навпаки, в клінічній картині загального неврозу з часом конкретизується і переважає розлад однієї системи.

Психотравматизація – головна причина виникнення неврозу, її патогенне значення визначається складним взаємозв'язком з багатьма передумовами( генетична складова, «надбана схильність»), що є результатом всього життя людини, історії формування її організму та особистості. Врахування всіх вроджених і прижиттєвих обставин, отримання валідних даних, порівняльні характеристики здебільшого ускладнюються, а індивідуальна своєрідність особистості може призводити до протиріч у діагностиці.

В роботах Н. Eysenck на основі експериментально – психологічних досліджень розглядається питання про значущість рівня інтелекту в розвитку неврозів.[2] .Автор робить висновок, що у людей з середнім рівнем розвитку інтелекту невроз розвивається рідше, ніж у тих чий показники рівня розвитку інтелекту відхиляються від середнього рівня. Головним в діагностиці психогенеза неврозів - є розуміння їх основних клінічних форм як зафіксованих особливостей окремих механізмів хворобливого сприйняття і переробки життєвих труднощів. В.М.Мясищевим була запропонована класифікація невротичних конфліктів по їх генезу, тобто у відповідності з врахуванням внутрішніх особистісних механізмів їх розвитку. Він виділяє конфлікти істеричного, obsesивно-психастенічного і неврастенічного типу.

Перший з них визначається занадто завищеним рівнем домагань особистості, які весь час поєднуються з недооцінкою або повним ігноруванням об'єктивних реальних умов, чи-то вимог оточуючих. Слід підкреслити значну перевагу вимогливості до оточуючих, на відміну від вимог до себе, та відсутність критичного ставлення до власної поведінки. В генезі цього типу конфлікту істотне значення набуває історія розвитку особистості і процес формування системи її життєвих стосунків. Здебільшого в силу хибного виховання у таких осіб послаблюється здатність гальмувати власні бажання, що входять в протиріччя з суспільними вимогами і нормами. Егоцентризм і

афективність спонукають до переживань та невдач, які в свою чергу створюють амбівалентність претензійності з одного боку та невпевненості з іншого. Портретна характеристика поведінки вирізняється брехливістю, схильністю до симуляції, театральністю, демонстративністю.

Другий (обсесивно-психастенічний) тип невротичного конфлікту обумовлений насамперед протиріччям власних внутрішніх тенденцій і потреб, боротьбою між бажаннями та обов'язком, між моральними принципами та особистісними схильностями. Навіть якщо одна з тенденцій стає домінуючою, але наражається на протидію інших, відбувається не послаблення, а різке посилення нервово-психічного напруження і виникнення неврозу нав'язливих станів.

Конфлікт третього типу (неврастенічний) представляє собою протиріччя між можливостями особистості, з одного боку та її намаганнями і завищеними вимогами до себе. В підґрунті виникнення цього типу конфлікту лежить хибний напрям виховання, що стимулює нездорове прагнення до особистісного успіху без реального врахування сил і можливостей індивіда

Важливим і невід'ємним компонентом структури невротичного конфлікту, тісно пов'язаним з незадоволеними потребами, є психологічні компенсаторні механізми, до яких використовується термін – захисні механізми. Людина, що заходиться в невротичному стані, шляхом використання найбільш адекватних психологічних компенсаторних механізмів, виконує відносно себе психотерапевтичні функції. Але компенсаторний механізм, який використовується людиною не завжди є оптимально адекватним для підтримання психологічного гомеостазу особистості і поява невротичних симптомів може бути наслідком такої неадекватності. В роботах Т.М.Мішиної наведені різні прийоми компенсації: одні ведуть до локального, часткового послаблення напруженості при збереженні конфлікту і його коренів, інші, адекватно діючи, вказують на реальний вихід з конфлікту через відновлення діяльності.[3]

Сутність психопатогенетичного потенціалу надзвичайних ситуацій, які останнім часом загострили суспільне життя нашої країни, полягає у зіткненні попередньо сформованої організації Его (особистості) з новою, незвичною і травмуючою для психіки ситуацією реальної загрози життю та здоров'ю, раптових втрат і масованого дискомфорту. Необхідність дотримуватися в цих складних умовах «принципу реальності» створює передумови для стресу усвідомлення, породжує інтрапсихічний конфлікт і наражає на тяжкі випробування інтегративну функцію Его. Первинний Его-стрес (стрес усвідомлення нової, психотравмуючої реальності) проявляється як складно організований динамічний клінічний симптомокомплекс і в той же час як засадовий фактор патогенеза психопатологічних наслідків надзвичайних ситуацій.

На думку М.М.Пуховського сам факт перебування в надзвичайних ситуаціях супроводжується автоматичною регресією психіки людини на рівень підліткової пубертатної кризи (13-18 років), що проявляється в

поведінці підкресленою дисциплінованістю, ретельним дотриманням субординації, готовності до самообмеження ініціативи, при одночасному підвищенні вірогідності емоційних спалахів, внутрішньо неопосередкованого руйнівного або хаотичного збудження, «підліткової поведінки».[4 ] Регресія людської психіки в умовах надзвичайних ситуацій на рівень підлітковості знаходить своє відображення у переживанні *role confusion* (рольової спутаності) і наступних проявах *identity crisis* (криза самовизначення). Надзвичайна загроза насаждає на психіку як зовнішній фактор, прояв критично некомфортних умов, спонукаючи сильний когнітивний дисонанс, актуалізуючи навіть незначні латентні деструктивні намагання і як наслідок створюючи ситуацію тотальної ревізії внутрішньої реальності (ідеалізованого Его-образу, Я-концепції). Надзвичайна загроза попередньо фруструє інстинкт самозбереження. На наступному етапі на перший план виходить фрустрація потреби самовизначення. Сутність ситуації «виживання за будь яку ціну» полягає у блокаді почуття внутрішньої свободи і самоцінності, надмірним гіперболізованим відчуттям незворотності небуття. Таким чином виникає інтрапсихічний конфлікт між намаганням «жити» (інстинктом самозбереження) і потребами самовизначення (спробам підтримання ідеалізованого Его-образу) . Актуалізація латентних деструктивних проявів заміняє процеси внутрішньо вільного і відповідального освоєння світу тенденціями адаптаційної психодинаміки .

В межах когнітивної моделі травматичні події можуть руйнуватися базові уявлення про світ і про себе. Патологічна реакція на стрес – неадаптивна відповідь на знецінення цих базових уявлень. Ці уявлення формувалися в ході онтогенезу і пов'язані з задоволенням потреби в безпеці та входять до складу «Я-концепції». В ситуації сильного стресу відбувається колапс Я-концепції. І хоча цей колапс є неадаптивним наслідком впливу стресу, в той же час він може бути адаптивним, бо надає можливість для ефективної реорганізації Я-системи. Неадаптивне подолання травми включає генералізацію страху, гніву, диссоціацію, постійне відігривання травми. Причина неадаптивного додання травми полягає у негнучкості, некорегуємості когнітивних схем.

Психофізіологічна наукова модель розглядає відповідь на травму - як наслідок тривалих фізіологічних змін. Варіабільність відповідей на травму обумовлена темпераментом . На думку Lifton, Horowitz, Green, при стресовому впливі підвищується обмін норепінефрина, що призводить до рівня росту плазматичного катехоламіна, зниження рівня норадреналіна, серотоніна в головному мозку людини, підвищення рівня ацетилхоліна, виникненню болезаспокійливого ефекту, опосередкованого ендогенними опіоїдами. Зниження рівня норадреналіна і падіння рівня допаміна в мозку корелюють з станом психічного ступору. Цей стан є центральним в синдромі відповіді на стрес. Болезаспокійливий ефект, опосередкований ендогенними опіоїдами, може призводити до виникнення опіоїдної залежності і пошуку ситуацій схожих на травмуючу. Зниження серотоніну інгібує роботу системи, що гальмує поведінку і призводить до генералізації умовної реакції

на пов'язані з первинним стресом стимули. Пригнічення функціонування гіпокампа може бути причиною амнезії на специфічний травматичний досвід.

Розроблена Горовіцем інформаційна модель, намагається поєднати когнітивну, психоаналітичну та психофізіологічну моделі. Стрес розглядається як маса внутрішньої та зовнішньої інформації, основна частина якої не може бути узгоджена з когнітивними схемами, тому стрес викликає інформаційне первантаження. Необроблена інформація переводиться із свідомості в підсвідоме але залишається в активній формі. Підкоряючись принципу запобігання болю, людина прагне зберегти інформацію у несвідомій формі, але у відповідності до тенденції завершення дії, інколи ,травматична інформація становиться свідомою, що є частиною процесу інформаційної обробки. По завершенню інформаційної обробки, досвід інтегрується і тоді травма більше не зберігається в активній формі свідомості. Біологічний фактор в комплексі з психологічним включений в цю динаміку. Феномен реагування такого роду – це нормальна реакція на шокуючу інформацію. Ненормальні ,вкрай інтенсивні реакції , що не являються адаптивними, блокують опрацювання інформації і її включення в когнітивні схеми індивіда.

В рамках концепції адаптаційної психодинаміки (психічної та психофізіологічної адаптації людини) пропонується розмежовувати два типи інтрапсихічного конфлікту: конфлікт між шляхом і результатом та подвійний конфлікт між шляхом і результатом . Конфлікт між шляхом та результатом описується наявністю двох боків цього єдиного типу: небажаний шлях до бажаного результату (аверсія – апетенція) і бажаний шлях до небажаного результату (апетенція – аверсія), що різняться часовими параметрами організації поведінки. Подвійний конфлікт між шляхом і результатом виникає при одночасній наявності двох тенденцій – потягу і уникання. При цьому дві можливі лінії поведінки можуть бути однаково привабливими (апетенція – апетенція) або непривабливими (аверсія – аверсія). Невротичний конфлікт актуалізує первинну інтерперсональну деструктивність намірів, необхідність вибору між добром і злом. В цьому сенсі культурно- соціологічна теорія неврозів підкреслює ключову роль структурної ієрархії інтрапсихічного конфлікту в невротичній еволюції особистості, коли пов'язується закономірно прогресивне проходження невротичного процесу з послідовною кристалізацією з багатьох актуальних внутрішніх конфліктів «базового конфлікту» ( між трьома основними установками інтерперсональних відносин « рух до людей», « рух проти людей» і «рух від людей») та подальшим переростанням базового конфлікту в центральний внутрішній конфлікт, який з поглибленням неврозу веде до розриву між ідеалізованим образом і актуальним Его. Виділяють дві характерні властивості невротичного інтерперсонального конфлікту: 1. Неусвідомлення глибинної деструктивності спонук і супротив намаганням поставити Его перед обличчям фактичних результатів подібної деструктивності; 2. Прогресивність невротичного процесу ( ілюзорно-віртуальна ефективність захистних конструкцій) з

централізацією конфлікту навіть до інтраментального розколу. Ці властивості пояснюють роль інтерпсонального конфлікту в процесуально-невротичній послідовності «стрес – конфлікт- тривога – захист – клінічна картина невротичної організації (еволюції особистості).

Невротична (ірраціональна, сигнальна, патологічна) тривога (почуття безпорадної невизначеності в небезпечних умовах), перемінна похідна психічного (емоційного) стресу вважається «стрижнем невротичної організації» і визнається відповідальною за більшу частину психічних розладів. Саме емоції виступають як такі форми реакцій, які змінюючи одна одну охоплюють весь організм і дозволяють йому відповідати на будь які впливи оточуючого середовища. Дезадаптивна тривожність (тривожні стани, виявляється у різкому зниженні або підсиленні інтенсивності тривожних переживань, які не відповідають стимулу та особливості соціальної ситуації і перешкоджають повноцінному функціонуванню особистості впливають дезорганізаційно на той вид діяльності, в якому проявляються.

Теорія функціональних систем надає нейрофізіологічне обґрунтування виникаючій іноді невідповідності тяжкості стресової ситуації самому незначному приводу (неадекватність психосоматичних реакцій на «малі» психогенії). Вирішальне значення при цьому набуває «внутрішнє приховане накопичення» аферентних імпульсів – нечисленні відбитки інтелектуальних, афективних і сенсорних подразників, загальний емоційний тон яких далеко не завжди сприймається людиною і не супроводжується суб»ективними відчуттями в момент впливу. Прихована до часу , пускова інтеграція формується під впливом різноманітних екстеро- і інтерорецептивних імпульсів, що проходять через фільтр мотиваційної установки. Цей, накопичений пам'ятю за межами свідомості, багаж активно долучається до процесів аферентного синтезу. Конкретним поштовхом до прояву цієї системи аферентних імпульсів може стати будь який новий, незвичайний для індивіда подразник. Незвичайне, незрозуміле відчуття може спровокувати виникнення больової або орієнтувальної домінанти. Розвинувшись, цей стан може визначити характер і напрям відповідного фізіологічного акту або всієї подальшої життєдіяльності організму.

Це «внутрішньо приховане накопичення» неусвідомлюваних аферентних імпульсів створює, таким чином, передумови для активації психосоматичних розладів під впливом фактично вже відсутнього патогенного подразника. Пусковий стимул лише виявляє при цьому вже сформовану інтеграцію і задіює її у відповідний момент. За об'єктивною невиразністю пускового стимулу ховається «синтетична єдність» похідного від неї збудження. [5]

Фактором , що обумовлює локалізацію психосоматичних розладів стає страх смерті або інвалідизації, який хочь коли небудь виникав в попередньому життєвому досвіді людини. Особлива роль емоцій в утворенні патологічних змін матриці довготривалої пам'яті не вичерпується лише відтворенням колишнього соматичного стану чи окремих його частин. Своєрідним проявом

нових якостей, якими збагачується емоція в процесі накопичення життєвого досвіду, стає функціональна патологія, що формується по типу умовного рефлекса. Новоутворена патологічна матриця впливає на патологічний стан за тими ж законами що і в нормі. Формування матриці стійкого патологічного стану не виключає можливості подальшого її прогресування. Функціональні розлади, що пов'язані з оборотністю при певних умовах функціонально-структурних змін матриці довготривалої пам'яті, поступово перетворюються в незворотні розлади.

Скорочення енергетичних ресурсів нервових процесів, які визначають життєвий тонус організму, суттєво зменшує потенційні захистно-приспосувальні можливості особистості, його активність по відношенню до оточуючого світу і резистентність до умовно-патогенного впливу взагалі (психосоматичний імунітет). Зміна характеру інтерорецептивної аферентації обумовлює фізіологічно закономірну потребу ослаблого організму в переході до інших критеріїв суб'єктивної оцінки інформативної значущості сигналів і реагування на них більш стриманими, економними формами поведінки. Зниження біологічної активності при одночасній мобілізації захистно-приспосувальних механізмів відбивається на всіх етапах обробки інформації, що поступає до мозку – її сприйманні, формуванні та перетворенні, передачі по каналах зв'язку та збереженні і використанні під час аферентного синтезу.

Оцінка ступеню невротичних розладів в діагностичній практиці де термінується подіями сучасного і минулого особистості. Але одного розуміння психогенеза невроза недостатньо для успіху психотерапевтичної роботи. Слід відмітити, що досягнення усвідомлення людиною психологічних механізмів невротичних розладів не є суто раціональним, пізнавальним процесом – до нього обов'язково повинні бути включені достатньо значимі емоційні переживання, наявність яких і робить можливою необхідну перебудову особистості на засадах позитивних внутрішніх ресурсів. Виникнення цих переживань забезпечує існування психотерапевтичного контакту, в основу якого входять: довіра не тільки до професійних, а й особистісних якостей психотерапевта; віра в його відверту зацікавленість; готовність зрозуміти інтимні переживання пацієнта та здатність йому допомогти. Позиція і поведінка психотерапевта не мають бути занадто директивними: психотерапевт повинен уникати категоричних вказівок, рекомендацій, надавати поради відносно реальних життєвих проблем пацієнта, тому що такий стиль поведінки буде закріплювати наявну у більшості пацієнтів тенденцію ухиляння від прийняття рішень і замість бажаного результату (підвищення самостійності і активності особистості) ставить пацієнта у залежність від психотерапевта.

Лише при активній участі самого пацієнта в процесі психотерапії їм об'єктивно оцінюються його минулі вчинки і усвідомлюються руйнівні життєві позиції. Критична оцінка історії власного життя, у співпраці з психотерапевтом, самокритичне відношення до себе, до своїх вчинків в минулому та сучасному допомагають йому розумно, а не афективно

усвідомити і розв'язати наявний психологічний конфлікт та знайти раціональний виход з нього.

### Список використаних джерел

1. Мясищев В.Н. Личность и неврозы / Владимир Николаевич Мясищев .- Л.: Изд. Ленинградского университета, 1960. – 427с.
2. Eysenck H.J. (Ed.) Behaviour therapy and the neuroses. – London.: Pergamon Press, 1960. – 479p.
3. Т.М.Мишина К исследованию психологического конфликта при неврозах/ Татьяна Михайловна Мишина. В кН.: Неврозы и пограничные состояния . – Л, 1972, с. 35-38.
4. Н.Н. Пуховский Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций / Николай Николаевич Пуховский . – М.: Академический Проект, 2000. – 286с.
5. Анохин П.К. Принципы системной организации функций / Петр Кузьмич Анохин . – М.: «Наука», 1973, с. 5-61.

**Расторгуева В.М.**

### **Пісочна терапія – методика позитивного впливу на психічний та мовленнєвий розвиток дошкільників**

На сучасному етапі розвитку освіти відбуваються динамічні зміни, пов'язані з оновленням змісту та форм дошкільної освіти, пошуком нових перспективних моделей. Тому, на зміну традиційним приходять інтерактивні методи навчання й виховання, що дозволяють вирішити комплекс завдань і проблем, що стоять перед педагогами.

На сьогоднішній день існує безліч нетрадиційних методик. Але ефективність їх нововведень залежить від знання методики, систематичності та раціональності її використання.

Пісочна терапія – одна із нетрадиційних методик, яка використовується у роботі з дітьми, що мають труднощі в спілкуванні (ЗНМ), або взагалі не можуть розмовляти, дітьми з порушенням психічного розвитку (ЗПР), та дітьми, які перенесли психологічні травми. Їм важко усвідомити свої переживання, озвучити і висловити їх. Ігри з піском дають можливість таким дітям символічно працювати зі своїми внутрішніми конфліктами, шляхом перенесення різних переживань в образи.

Пісочна терапія спирається на природний прояв думок, почуттів, настроїв дитини, прийняття її такою, якою вона є. У такий спосіб задовольняються потреби практично кожної дитини в найбільш природних, комплексних способах гармонізації її внутрішнього світу.

Особливе значення для розробки психолого-педагогічних технологій пісочної терапії у навчально-виховному просторі має концепція засновника пісочної терапії К.Юнга про структуру і динаміку особистості та про