

problem are considered; formulated psychological nature and structure of the concept national «self-consciousness» in the value of the individual perspective; highlights the conditions and specific features of formation self-consciousness youth in connection with the development of its value sphere; the notion «origins» and «value» in the context of the genesis of self-consciousness; described national value. It is proved that axiological origins of national self-consciousness is its absolute value attitude to representatives of the nation, to the objective and subjective attributes of their own nation.

Статтю подано до друку 05.11.2012.

©2012 р.

А. В. Зінченко (м. Київ)

ВИКОРИСТАННЯ ТЕСТУ М.ЛЮШЕРА В ДІАГНОСТИЦІ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ

Епілепсія – одна з найпоширеніших та найзагадкованіших психічних хвороб сучасності, яка відома з глибокої давнини. За висновками Міжнародної протиепілептичної ліги (1997), кількість хворих становить 06,- 07% популяції в розвинених країнах і відсоток цей зростає обернено пропорційно рівню економічного розвитку держав.

Клініка епілепсії різноманітна і характеризується пароксизмальною симптоматикою з властивими їй змінами психічної діяльності за епілептичним типом. Перебіг пароксизмів супроводжується різноманітними клінічними та параклінічними проявами у формі сенсорних, рухових, афективних, когнітивних та вегетативних симптомів. При епілепсії відмічають різну ступінь сповільненості психічних процесів, в'язкість мислення, зниження пам'яті, інтелекту, критичності; в окремих випадках спостерігаються ознаки так званого епілептичного недоумства. Характерологічні відхилення, що супроводжують перебіг хвороби, проявляються як полярність між угодливістю, улестивістю та крайньою жорстокістю, злопам'ятністю, мстивістю тощо. Відмічається швидка стомлюваність, неможливість швидкого переключення уваги, зниження працездатності. Обмежують працездатність хворих наявні психотичні розлади (онейроїдні, пролонговані сноподібні, сумеречні, дисфоричні, субдепресивні, екстатичні стани, що можуть мати прояви в статусі припадків – асансів) [2].

У відповідності до вищезазначених особливостей перебігу хвороби для людей з епілепсією великого значення набувають питання психологічної та соціальної адаптації, реабілітації, навчання, вибору професії, працевлаштування, створення власної сім'ї та збереження позитивних родинних стосунків. Своєчасними й актуальними є наукові розробки щодо пошуків шляхів та засобів поліпшення соціально-психологічної адаптації людей, що страждають на психічні захворювання.

Метою статті стало дослідження взаємозв'язку між ставленням до кольору, клінікою захворювання та рівнем адаптації хворих на епілепсію.

У нашому дослідженні брало участь 146 осіб, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у 19 відділенні Київської міської психоневрологічної лікарні №1, і які мають у діагнозі ту чи іншу форму епілепсії, поставлену за результатами клінічного обстеження фахівцями-епілептологами клініки. На початку психодіагностичного обстеження хворих були ретельно вивчені їх історії хвороби, проведені клінічні бесіди, зібраний клініко-психологічний анамнез.

Наведемо коротку характеристику вибірки. Вік досліджуваних: від 16 до 79 років. Серед них: 8 осіб (5,5%) – 16-20 років, 44 особи (30,1%) – 21-30 років, 56 осіб (38,4%) – 31-40 років, 19 осіб (13,1%) – 41-50 років, 11 осіб (7,5%) – 51-60 років, 8 осіб (5,5%) – 61-79 років. З них – 80 (54,8%) чоловіків та 66 (45,2%) жінок. У клінічному анамнезі представлені такі діагнози: криптогенна епілепсія – 58 осіб (39,8%), симптоматична епілепсія – 72 особи (49,3%), епілепсія

резидуально-органічного характеру – 12 осіб (8,2%), ідіопатична епілепсія – 4 особи (2,7%). За частотою нападів дані розподілись наступним чином: часті (щоденно або декілька разів на тиждень) – у 45,2% досліджуваних, середньої частоти (3-4 рази на місяць) – у 24,6%, рідкі (1-2 рази на місяць і менше) – у 30,1%. Тривалість захворювання до 5 років мають 6,8%, 5-10 років – 17,8%, більше 10 років – 63,1%, з дитинства – 12,3% досліджуваних. Наявність спадкоємної обтяжливості має місце у 15,1% (22 особи), відсутня – у 84,9% (124 осіб).

У результаті збору анамнестичних даних і з урахуванням виділених критеріїв соціальної адаптації хворих нами були виділені серед досліджуваних три групи: адаптовані хворі (з урахуванням специфіки епілептичного захворювання) – група з високим рівнем адаптації; частково адаптовані – з середнім рівнем адаптації; погано адаптовані – з низьким рівнем адаптації. Таким чином, до групи з високим рівнем адаптації увійшли 20 осіб (13,7%) досліджуваної вибірки, до групи середнього рівня – 74 особи (50,7%), до групи низького рівня – 52 особи (35,6%).

Аналіз зібраних даних дозволив визначити ряд демографічних, нозологічних та соціальних ознак адаптації хворих на епілепсію у відповідності із визначеними рівнями.

Так, серед досліджуваних з високим рівнем адаптації – 70% чоловіків, 30% жінок віком від 16 до 63 років. Переважна кількість хворих цієї групи знаходиться у діапазоні від 30 до 50 років. Тривалість хвороби у 60% – більше 10 років або триває з дитинства; у 20% – термін захворювання не перевищує 5 років; ще у 20% – він у межах 5-10 років.

Серед хворих з середнім рівнем адаптації чоловіків та жінок приблизно порівну: 56,7% та 43,2% відповідно. Віковий діапазон: 20-79 років. Тривалість хвороби більше 10 років або з дитинства у 70,3% досліджуваних, до 5 років – у 8,1%, у межах 5-10 років – 21,6%.

Вік досліджуваних з низьким рівнем адаптації від 21 до 64 років. Серед них 50% чоловіків та 50% жінок. У 88,4% хворих з низьким рівнем адаптації тривалість хвороби перевищує 10 років або триває з дитинства; 11,5% мають термін захворювання у межах 5-10 років. Менше 5 років стажу хвороби серед них немає.

Проективні методики були включені до комплексу діагностичного інструментарію як допоміжні, оскільки деякі особливості особистості хворих можуть не завжди усвідомлюватися або бути спотворені їх хворобливим станом. Таким чином, у дослідження включили методику кольорових виборів (МКВ) М. Люшера [7].

Сьогодні існує два варіанти тесту Люшера: короткий та повний. Короткий варіант КТЛ являє собою набір (таблицю) з 8-ми кольорів: сірого (умовний номер – 0), темно-синього (1), синьо-зеленого (2), червоно-жовтого (3), жовто-червоного (4), фіолетового (5), коричневого (6) і чорного (7).

Ядро теоретичної концепції М.Люшера складають два поняття – «структура» і «функція» кольору. Під «структурою» кольору розуміється стійке, спільне для всіх людей незалежно від раси, культури, освітнього рівня, статі і віку значення цього кольору. «Структуру» можна назвати «об'єктивною» стороною кольорного впливу. Індивідуальний сенс кольору для конкретної людини виражається в «функції» кольору, тобто в характері ставлення людини до кольору. У «функції» людині відкривається лише певна область «структури». Вона визначається, головним чином, станами і властивостями людини і тому «функція» здатна їх відображати. Знаючи «функцію» кольору для людини, можна щось дізнатися про людину. Головними структурними характеристиками кольору є «концентричність-ексцентричність» і «автономність-гетерономність».

«Автономність-гетерономність» відображає «характер» кольору, його «силу» і «домінування». «Автономність» означає незалежність від зовнішніх впливів і здатність самому впливати. За М.Люшером, ця якість властива червоному і зеленому на противагу синьому і

жовтому, яким властива «гетерономність», тобто залежність від зовнішніх впливів. На психологічному рівні «автономність» відображає самовизначення, довільність, самостійність, а «гетерономність» – поступливість, компроміс, покірність, уникнення. Кольори в тесті М.Люшера підібрані таким чином, щоб могли одночасно проявитися обидва цих вимірювання. Тому, як «основні» М.Люшер вибрав не чисті тони, а змішані. Наприклад, у синьо-зеленому (2) синій «вносить» «концентричність», а зелений – «автономність», що породжує відповідну структуру кольору.

Суть процедури тестування представляє ранжування досліджуваними кольорами за ступенем їх суб'єктивної приємності (симпатичності). Тестування проводиться при природному освітленні, щоб на колірні таблиці не потрапляли прямі сонячні промені. Досліджуваного просять відволіктися від асоціацій, пов'язаних з модою, традиціями, загальноприйнятими смаками і постаратися обирати кольори, виходячи зі свого особистого ставлення. Потім з решти кольорів вибирається наступний колір, який подобається досліджуваному. Його номер заноситься на другу позицію. З трьох інших кольорів досліджуваного просять назвати найнесимпатичніший для нього колір, номер якого експериментатор ставить на останню позицію рангового ряду. Якщо тестування спрямоване на індивідуальну діагностику, то ранжування останніх двох кольорів не робиться і досліджуваний переходить до наступної таблиці колірних тестів Люшера.

Крім присвоєння функціональних знаків, процедура обробки результатів за таблицею включає визначення ряду показників, що дозволяють експериментатору точніше проінтерпретувати колірний вибір випробуваного. Це показники: «джерело тривоги» («А»), «компенсаторна поведінка» («К») і «рівень тривоги» («!»). Знак «А» присвоюється, перш за все, «основним» кольорам (1-4), що знаходяться нижче 5-ї позиції колірного ряду. Однак, якщо після «основного» кольору знаходиться «не основний» (0 або 5-7), він також отримує знак «А». Знак «А» присвоюється і в тому випадку, коли який-небудь з кольорів вже позначений знаком «К». Тоді будь-який колір, що знаходиться на останній позиції ряду позначається знаком «А» (природно, якщо він уже був позначений, за попередніми правилами).

Показник «К» виставляється всім неосновним кольорам, крім 5, якщо який-небудь з них знаходиться на одній з перших трьох позицій ряду. Знак «К» може отримати і «основний» колір, якщо він стоїть перед кольором, вже позначеним «К». Крім того, якщо який-небудь колір у ранговому ряду вже був позначений знаком «А», будь-який колір, що знаходиться на 1-й позиції отримує значок «К», якщо раніше він йому вже не був наданий. Показник «!» виставляється «основним» кольорам, якщо вони розташовані нижче 5-го місця: шосте місце оцінюється одним «!», сьоме – «!!», восьме – «!!!». Також цим знаком можуть позначатися «неосновні» кольори, крім 5, розташовані на перших трьох позиціях колірного ряду: третя позиція – «!», друга – «!!», перша – «!!!».

Досвід епілептологів у роботі з тестом Люшера показує, що при належному рівні розуміння теоретичних основ цієї методики, КТЛ є потужним і унікальним засобом вивчення особистості людини. Зокрема, при епілепсії можна спостерігати ряд цікавих взаємозв'язків між ставленням до кольору та клінікою захворювання. Згідно з П.І. Карповим [6], у малюнковій продукції хворих епілепсією переважає червоний колір. Подібну особливість малюнків хворих відзначає і Е.А. Вачнадзе [4], який вказує на те, що в зоровій аурі хворих епілепсією найчастіше присутній червоний колір. Л.Ф. Бурлачук [3] зазначає, що у хворих на епілепсію в порівнянні зі здоровими, спостерігається більше С і CF відповідей за тестом Роршаха, особливо, якщо епілепсія супроводжується експлозивністю. Разом з тим, у хворих з емоційним дефектом за типом абулії кількість колірних інтерпретацій помітно знижувалася в порівнянні з нормою. В.М. Блейхер [1] спільно з І.В.Борисовим обстежили хворих на епілепсію, що знаходилися в дисфоричному стані, та встановили, що поза дисфорій істотної різниці між хворими на

епілепсію і контрольною групою в спрямованості суб'єктивної оцінки ступеня приємності всіх хроматичних кольорів немає. При дисфорії для хворих епілепсією знижувалася «приємність» усіх кольорів, особливо це стосувалося тонів, що відносяться до крайніх ділянок спектра. Згідно з Е.Т.Дорофєєвою [5], у хворих з дисфорією (гнівливих, роздратованих, невмотивовано злісних) найбільший поріг чутливості відноситься до зеленого кольору, а найменший – до червоного. Наші спостереження показують, що за 2-3 дні до епілептичного нападу у хворих змінюється ставлення до червоного і зеленого кольорів. В ряду колірних переваг за тестом Люшера вони переходять на 6-8 позиції. Хворі починають оцінювати ці кольори, особливо зелений, як «дуже неприємні». Характер ставлення до зеленого кольору можна розглядати як патогномоничну ознаку і при діагностиці епілептоїдної акцентуації і психопатії. При важких формах епілепсії з швидким наростанням інтелектуального та емоційного дефекту, що закінчуються епілептичним недоумством, також наголошується вихолощення емоційного змісту кольорів у результаті чого колір стає лише безумовним подразником для хворого.

Загальний розподіл виборів кольорових таблиць хворими на епілепсію представлено у табл. 1. На першу та другу позицію хворі переважно ставлять зелений та червоний кольори. Перша позиція вибору (явна перевага) означає «основний метод», спосіб дій людини. Зелений (концентричний пасивний колір) на першій позиції виявляє фізіологічну умову напруги. Психологічно він виражає вольовий акт, наполегливість, завзятість. Цей колір вказує на постійність, константність самосвідомості. Самовладання розцінюється як підвищення безпеки та самоповаги. Людина, яка обирає зелений колір на першу позицію, прагне підвищити впевненість у власній цінності шляхом відстоювання своїх прав, своїх привілеїв, дотримуючись дещо ідеалізованого уявлення про себе, очікуючи визнання з боку інших. Той, хто ставить зелений колір на перше місце, хоче справляти враження на інших. У тих, хто поміщає цей колір на 7-8 позиції (5,8%), – прагнення того ж, але опір послаблений.

Таблиця 1

Позиції виборів кольорів у виборці в цілому

Колір	Позиція кольору				Середнє
	1	2	3-4	7-8	
Сірий	4,6	4,6	8,1	13,9	7,8
Синій	6,9	6,9	11,6	12,8	9,5
Зелений	30,2	11,6	15,1	5,8	15,6
Червоний	30,2	18,6	11,6	10,5	17,7
Жовтий	16,2	30,2	12,8	8,1	16,8
Фіолетовий	4,6	6,9	25,5	4,6	10,4
Коричневий	0	11,6	9,3	17,4	9,5
Чорний	4,6	9,3	5,8	26,7	11,6

Червоний колір є вираженням життєвої сили, енергії (ексцентричний, активний). Він виражає прагнення отримувати результати, домагатися успіху, досягати перемоги. На відміну від «гнучкої волі» зеленого, «сила волі» червоного дає поштовх до дії. Червоний на першому місці (у 30,2% досліджуваних) виражає прагнення людини, щоб її діяльність принесла відчуття повноти буття. Відхилення червоного на 7-8 позицію (10,5%) означає, що людина знаходиться у занадто збудливому стані, або сприймає проблеми не вирішуваними.

Друга позиція вибору вказує на мету людини. На цій позиції виявлена активна перевага жовтого кольору (у 30,2% досліджуваних) (рис.1). Жовтий колір – життєрадісний та сугестивний. У психологічному плані він виражає звільнення від проблем, розслаблення та розрядку. У сусідстві з зеленим (напруга) жовтий (розслаблення) створює конфліктну зону: честолюбство зеленого, його завзятість та потреба у престижі стають несумісними з «розвагами» та «веселими переживаннями» жовтого. Відхилення жовтого (8,1%) свідчать про втрачені надії, відчуття ізоляції, порожнечу людини. 3-тя та 4-та позиції показують реальний стан справ або образ дій, яких потребують поточні обставини. На цій позиції перевагу отримав фіолетовий колір (25,5%) (рис.1). Його психологічний зміст зводиться до магічності, містичності або інфантильності. Знаходження його на проміжних позиціях втрачає символічне значення і свідчить про зрілість досліджуваних, які надали йому це місце.

Таблиця 2

Позиції виборів кольорів у відповідності до рівнів адаптації хворих на епілепсію (за МКВ М.Люшера)

Колір	Рівні адаптованості	Позиція кольору				Середнє
		1	2	3-4	7-8	
Сірий	Високий	0	12,5	0	12,5	12,5
	Середній	5	0	7,5	17,5	7,5
	Низький	0	6,6	13,3	10	7,5
Синій	Високий	0	12,5	12,5	6,2	7,8
	Середній	5	5	12,5	10	8,1
	Низький	13,3	6,6	10	20	12,5
Зелений	Високий	50	12,5	12,5	6,2	20,5
	Середній	20	20	17,5	2,5	15
	Низький	33,3	0	13,3	10	14,1
Червоний	Високий	25	12,5	6,2	25	17,2
	Середній	40	15	15	5	18,7
	Низький	20	26,6	10	10	16,6
Жовтий	Високий	12,5	25	12,5	12,5	15,6
	Середній	25	40	12,5	2,5	20
	Низький	13,3	20	13,3	13,3	14,9
Фіолетовий	Високий	0	25	25	6,2	14,1
	Середній	5	0	25	5	8,7
	Низький	6,6	6,6	26,6	3,3	10,8
Коричневий	Високий	0	0	31,2	12,5	10,9
	Середній	0	15	2,5	22,5	10
	Низький	0	13,3	6,6	13,3	8,3
Чорний	Високий	12,5	0	0	18,7	7,8
	Середній	0	5	7,5	35	11,8
	Низький	13,3	20	6,6	20	14,9

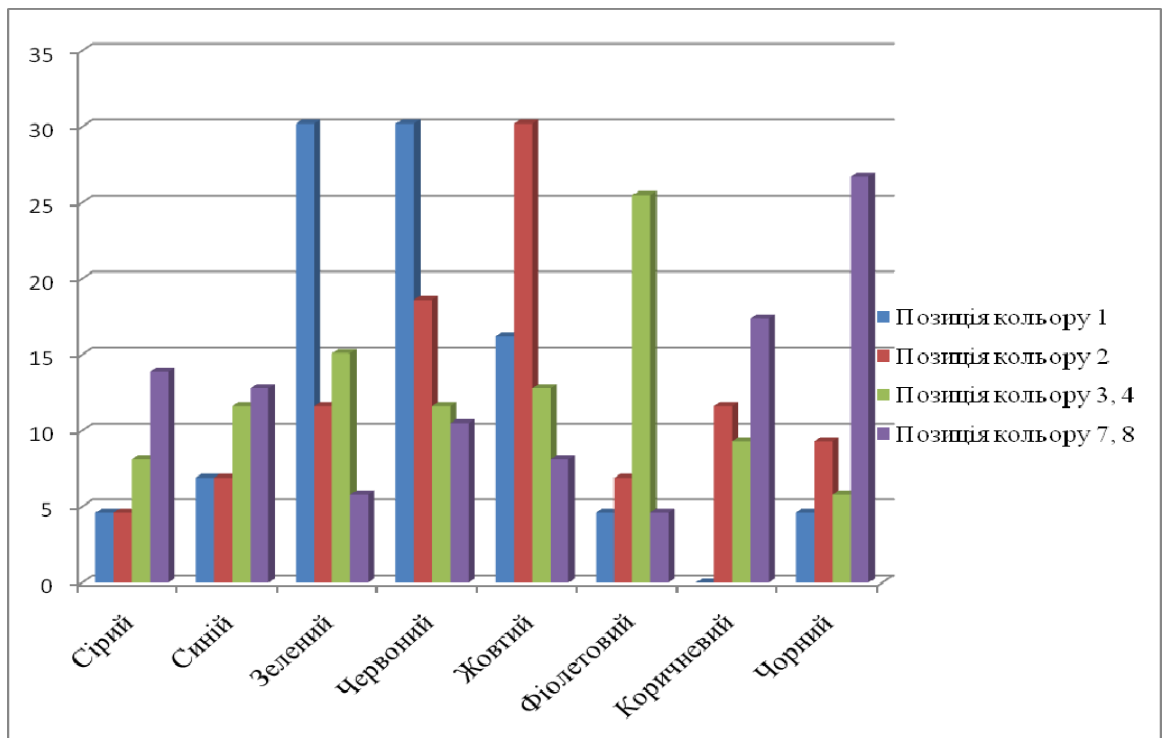


Рис. 1. Розподіл кольорів за позиціями у загальній виборці

Оскільки узагальнені дані тесту кольорових виборів «поглинають» індивідуальну картину, продемонструємо ряд персональних виборів, зроблених представниками усіх трьох виділених нами груп.

Досліджувані з низьким рівнем адаптації:

Станіслав К. (38 років, термін хвороби – 13 років, діагноз – криптогенна епілепсія з частими генералізованими нападами, з вираженими змінами особистості та помірним зниженням інтелектуально-мнестичних здібностей). Вибір (2-й для аналізу):

3 5 1 2 0 6 4 7
 + + x x = = - -
 С А А
 !!

Жовтий (основний ексцентричний, активний колір, що символізує спонтанність) знаходиться на 6 позиції, що є показником наявної напруги, викликаній джерелом стресу та незадоволеністю потреби. Це свідчить про розбиті надії, відчуття порожнечі, ізолюваності. Надмірно зосереджений на своїх переживаннях. Неспокій, викликаний цими відчуттями, може приймати форму роздратування, недовіри, підозрливості. Компенсація цієї напруги червоним кольором (1 місце у виборі) як запобігання розчаруванням свідчить про прагнення до ризику, пригод, сексуальної нестриманості (зокрема, у тесті «Незавершене речення» Станіслав К. вказав на мрії та бажання бути автогонщиком, на незадоволеність своїм сексуальним життям).

Проте, оскільки така компенсація за своєю природою є заміною активністю, вона не призводить до реального задоволення, що може вилитися в ірраціональні форми заміщення задоволення. Подібне компенсаторне заміщення передбачає відхилення від оптимальної поведінки та знижує здатність адекватно оцінювати ситуацію та адекватно реагувати на неї. Здоровий глузд у такому випадку підкорюється прагненню реагувати саме цим, необґрунтовано обраним способом. Інтенсивність тривоги помірна (26.), але існує.

Наявність незадоволеної базової потреби (у даному випадку потреби у розрядці, вивільненні від тягара проблем, неспокою та обмежень), вказує на тип конфліктної ситуації, що

розкриває «актуальну проблему». Згідно авторською інтерпретацією тесту у даному випадку особа розчарована і проявляє страх щодо відсутності сенсу в постановці нових цілей. Вона прагне спілкування з іншими людьми, можливості вільно розвиватися, але відчуває, що ці взаємовідносини порожні, а рух уперед – обмежений. Звідси виникає реакція нестримної діяльності. Аби досягти свого, особа бореться з обмеженнями та заборонами, докладаючи надмірних зусиль.

Олеся Г. (28 років, термін хвороби – 16 років, діагноз – ідіопатична епілепсія з частими генералізованими нападами, з вираженими змінами особистості та інтелектуально-мнестичних здібностей). Вибір:

	3	7	2	0	4	6	1	5
	+	+	x	x	=	=	-	-
С	К				А	А		
	!!				!!			

У неї на 6-й позиції знаходиться синій колір (концентричний, пасивний, що символізує спокій, емоційну наповненість). Компенсація напруги також представлена червоним кольором, як і в попередньому випадку. «Актуальна проблема» цієї особи полягає у наявності тривоги через незадоволення потреби у спокої та задоволеності життям. Позбавлення цієї тривоги відбувається за рахунок напруженої діяльності, набуття різноманітних вражень. Вибір червоного як компенсації синього указує на спробу зменшити відчуття порожнечі за допомогою неприборканої активності, або, іноді, – сексуальної розпусти. Прагне наверстати втрачене, живучи надмірно насиченим життям. Інтенсивність напруги – середня (4б.).

Досліджувані з середнім рівнем адаптації:

Олексій К. (29 років, тривалість хвороби – 3 роки, діагноз – криптогенна епілепсія з вторинними генералізованими тоніко-клонічними нападами та рідкими парціальними, з вираженими змінами особистості та збереженими інтелектуально-мнестичними здібностями). Вибір:

	4	3	0	2	1	5	6	7
	+	+	x	x	=	=	-	-

Вибори кольорів відповідають нормативному: основні кольори (жовтий, червоний) займають перші позиції, допоміжні (коричневий, чорний) – останні. Знаходження жовтого на першій позиції з відторгненням чорного формують у особистості відчуття перешкод на шляху до просування вперед. Людина знаходиться в ситуації пошуку рішення, яке б зняло ці перешкоди. Будь-яка суттєва напруга відсутня. Відчуває потребу у ширшій сфері впливу, що робить її більш неспокійною. Нею рухають бажання та надії.

Знаходження 3 та 4 кольору на перших позиціях є досить розповсюдженим явищем у групі з середнім рівнем адаптації. Рідше, коли ці кольори відторгнені, як у наступному прикладі, але вони переважно знаходяться поряд.

Юрій М. (49 років, тривалість хвороби – 29 років, діагноз – симптоматична епілепсія травматичного ґенезу з середньої частоти простими парціальними та частими вторинно-генералізованими нападами, з вираженими змінами особистості та помірним зниженням інтелектуально-мнестичних здібностей). Вибір:

	2	6	5	1	7	0	3	4
	+	+	x	x	=	=	-	-
С	С				А	А		
	!!				!!	!!!		

Відторгнення жовтого кольору на 8-му позицію свідчить про тривожне відчуття безнадійності, відчуття порожнечі, позбавлення багатьох аспектів життя, розчарування та

відсутність впевненості у зміні ситуації. «Актуальна проблема» даного прикладу полягає у розчаруванні та неспокої щодо відсутності сенсу нових цілей. При вираженій потребі у визнанні людина тривожиться стосовно власних перспектив і відповідає на це протестом проти будь-якої критики, прагне утвердитися через дрібний контроль за деталями, стає прискіпливою. Гордовита, але з установкою на поступки. Потребує безпеки та запобігання проблем. Інтенсивність тривоги при цьому досить суттєва (7б.).

Досліджувані з високим рівнем адаптації:

Сергій К. (34 роки, термін хвороби – 19 років, діагноз – симптоматична травматичного ґенезу епілепсія з рідкими вторинними генералізованими тоніко-клонічними нападами). Вибір:

3 4 1 2 5 6 7 0

+ + x x = = - -

Розповсюджене для досліджуваних з високим рівнем адаптації нормативне розташування кольорів. У даному прикладі «актуальна проблема» полягає у опасінні того, що людині можуть перешкоджати у досягненні бажаного, що посилює активність, завзятість до надмірної напруженості. Прагне успіху, повноти вражень. Товариський, захоплюється новим, оптимістичний.

Юрій Г. (48 років, тривалість хвороби – 35 років, діагноз – симптоматична епілепсія травматичного ґенезу з рідкими простими парціальними та вторинно-генералізованими нападами, з вираженими змінами особистості та помірним зниженням інтелектуально-мнестичних здібностей). Вибір:

4 2 1 3 5 0 6 0

+ + x x = = - -

«Актуальна проблема» цього прикладу полягає також у відчутті особою перешкод для руху вперед, а тому людина знаходиться у ситуації пошуку рішення, яке б дозволило зняти подібні обмеження. Поєднання на перших позиціях жовтого (4) та зеленого (2) кольорів свідчить про те, що особа відрізняється пильністю та спостережливістю, шукає нових шляхів, які б надали більшої свободи та можливості отримати більшого. Прагне завоювати визнання, подолати розрив, що, на думку особистості, відділяють її від інших.

Таким чином, використання тесту М.Люшера дозволило уточнити та підтвердити ряд даних, отриманих за допомогою вербальних тестів. Можна стверджувати, що існує загальна закономірність в особливостях перебігу процесу адаптації хворих на епілепсію, яка полягає у підвищенні тривоги, невпевненості у майбутньому та власних досягненнях, відчутті дефіцитарності власних можливостей, знижені самоповаги та незадоволеності оточуючими. Проте, всі ці особливості в осіб з різним рівнем соціальної адаптованості мають різний ступінь вираженості та взаємозв'язків, що набуло підтвердження завдяки проєктивним методам.

Отже, проблема соціально-психологічної адаптації хворих на епілепсію є гострою необхідністю сьогодення і потребує психологічного супроводу, оскільки забезпечує якість життя цієї верстви населення. Пошук відповідних психологічних умов допомоги цим хворим передбачається подальшими дослідженнями.

Література

1. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология / Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Издательство: Московский психолого-социальный институт., Москва – Воронеж, 2002. – 511с.
2. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых / А.И.Болдырев А.И. – 2-е издание перераб. и дополн. АМН СССР – М.: Медицина, 1984- 288с.

3. Бурлачук Л.Ф. Исследование личности в клинической психологии / Л.Ф. Бурлачук. – Киев, 1979. – 176 с.
4. Вачнадзе Э.А. Рисунки детей больных шизофренией и эпилепсией. / Э.А. Вачнадзе – Тбилиси, 1974. – 50 с.
5. Дорофеева Э.Т. К проблеме объективации клинических картин психологическими методами исследований. / Э.Т.Дорофеева, В.А.Постников, Н.К. Плишко Н.К. и др // Психология и медицина. М., 1978. – С. 82-88
6. Карпов И.И. Творчество душевнобольных. / И.И Карпов. – Л., 1926.
7. Полный цветопсихологический тест М. Люшера (руководство и набор цветowych таблиц) / [составитель Виктор Драгунский]. – Минск: Харвест, 1999. 256с.
8. Bassano J.L. Le test des couleurs de Luscher dans le profil de descripteurs de la personnalité psychosomatique. Psuchol. med., 1977, v. 9-10, p. 1951-1960.

В статье представлены результаты эмпирического исследования характера взаимосвязи между отношением к цвету, клиникой болезни и уровнем адаптации больных эпилепсией. Исследование подтвердило общую закономерность в особенностях протекания процесса адаптации больных эпилепсией, которая заключается в повышенном ощущении тревоги, неуверенности в будущем и собственных возможностях, снижении самоуважения и неудовлетворенности окружающими.

This article presents the results of empirical research of interconnection between colour-perception, the clinical picture of the disease and the level of the epileptic adaptation. The investigation has proved the general regularity in peculiarities of progressing of adaptation process of the epileptic. This law presupposes the elevated feeling of concern, insecurity in the future and own capabilities, decreasing of self-respect, unsatisfaction with surroundings.

Статтю подано до друку 08.11.2012.

©2012 р.

І. В. Моїсєєва (м. Київ)

АНАЛІЗ НЕГАТИВНИХ ФАКТОРІВ СУЧАСНОГО СОЦІАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА

Беззаперечно, що до найбільш гострих проблем нашої держави відноситься тотальна девальвація духовно-моральних цінностей у більшості дорослого населення та, і що особливо прикро, у підростаючій молоді. Психологічна і соціальна незрілість підлітка зумовлюють необхідність у наданні йому кваліфікованої допомоги у виборі адекватних особистісному зростанню морально-духовних орієнтирів самореалізації, щоб дитина не залишилась у асоціальному просторі, а змогла піднятися до морально-етичних вершин життя.

Варто відзначити, що домінуючі девіації у дітей підліткового віку завжди були у площині уваги численних науковців: Л. Денисенко, Я. Кінаш, В. Соболева, А. Шимчука та ін. Проблематика розвитку моральної сфери підлітків знаходилась у площині уваги І. Бега, І. Булах, І. Кона, М. Савчина, Е. Помиткина та ін.

Метою даної статті є аналіз сучасних загроз становлення моральної сфери особистості підлітка в Україні.

Специфіка формування моральної сфери особистості на етапі дорослішання полягає у тому, що особистісно-розвивальні та особистісно-деструктивні тенденції однаковою мірою актуалізовані. На фоні розширення діапазону духовно-моральних випробувань самого себе;