

невербальних средств общения опосредуют эффективность консультативного процесса. Проведен анализ основных компонентов невербальной самопрезентации с учетом ее значимости в профессиональной деятельности психолога-практика в процессе консультационной беседы.

Ключевые слова: самопрезентация, невербальная коммуникация, пространственная организация, эмотивная функция, дистанция, визуальный контакт.

Summary. The article deals with the peculiarities of interactions consultant psychologist with the client when using self-presentation technologies. It is noted that the elements of non-verbal communication determine the effectiveness of the consultation process. The analysis of the major components of non-verbal self-presentation in view of its importance in a professional activity of psychologist-practical worker in a process of consultative discussion realized.

Key words: self-presentation, non-verbal communication, spatial organization, emotional function, distance, eye contact.

УДК 159.98:612.176-057.36

І.В. СТАДНИК, М.І. МУШКЕВИЧ

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР) УЧАСНИКАМИ ЗОНИ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ (АТО)

У статті проаналізовано теоретичний доробок щодо визначення поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР) з точки зору різних наукових підходів. Розглянуто психологічні особливості переживання ПТСР учасників зони АТО на сьогоднішньому етапі. Виявлено, що понад 50% бійців, які повернулися із зони АТО мають яскраво виражені ознаки синдрому посттравматичного стресового розладу, серед яких флеш беки, емоційне заціпеніння, невмотивована пильність, дезадаптація, психосоматичні порушення.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), антитерористична операція, травматична подія, симптом, екстремальні умови, психологічний стан.

Постановка проблеми. Українське суспільство переживає важкі часи, які мають значний вплив на психічне здоров'я, фізіологічний стан та емоційний фон громадян України. Створюється ситуація постійної напруги, тривоги та фрустрації. Проте, найбільшим потрясінням є введення на території України антитерористичної операції, яка за своєю повномасштабністю та людськими втратами прирівнюється до справжньої війни. Коли для захисту країни Збройних сил не вистачало, зросла потреба формувати добровольчі батальйони, які спочатку створювались на добровільних засадах, а пізніше, із ускладненням ситуації, Міністерство Збройних Сил України змушено було мобілізувати чоловіків призовного віку для захисту та оборони територій на Сході України. Оскільки, ситуація складна і на передовій наша армія потерпала значних втрат, мобілізованих бійців зазвичай готували експрес-методом, і відправляли на фронт значно раніше, аніж це передбачалось навчальною програмою. Тому вони не завжди встигали адаптуватись психологічно та емоційно до умов нечесної війни, смерті та насилля. Ці та інші чинники, як і сама ситуація війни, що характеризується надекстремальним впливом на психіку людини, викликаючи у неї травматичний стрес, призвели до того, що більшість бійців, котрі повертались із зони антитерористичної операції отримували на передовій діагноз посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Останній виникає як затяжна або відстрочена реакція на ситуації, пов'язана з серйозною загрозою життю або здоров'ю. Зрозуміло, що наявність такого масового феномену як ПТСР на теренах сучасної і незалежної України є новим і нетиповим явищем. Більшість бійців, що повертаються із АТО і мають яскраво виражений діагноз ПТСР здебільшого не можуть і не знають, як впоратись зі станами та відчуттями, які вони переживають. До того ж, цей феномен має вплив не лише безпосередньо на учасника зони бойових дій, а й на його близьке оточення – родину, друзів, знайомих, які досить часто не знають як себе поводити і реагувати.

Тому, при кафедрі практичної психології та безпеки життєдіяльності Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки, за підтримки фонду Ігоря Палиці «Новий Луцьк», було створено Центр психологічної допомоги учасникам АТО та їх сім'ям. Психологічну допомогу надають кваліфіковані спеціалісти, а студенти беруть участь у центрі, як волонтери. Основна мета діяльності Центру психологічної допомоги – виокремити важливі концептуальні підходи щодо розуміння феномену ПТСР, що є наявним як в українській, так і в зарубіжній літературі, знайти і підібрати ефективні діагностичні та корекційні матеріали, що дали б змогу в подальшому реабілітуватись та соціалізуватись бійцям із зони АТО, котрі мають ПТСР та їхнім близьким, знайомим і родичам зрозуміти суть проблеми, усвідомити цілі і мотиви тієї чи іншої поведінки їх близьких із ПТСР, що стало би беззаперечною запорукою подальшої гармонізації особистісної взаємодії та міжособистісних стосунків.

Результати теоретичного дослідження. До проблематики, що пов'язана із вивченням посттравматичного стресового розладу зверталися як зарубіжні так і українські вчені, а саме, Р. Волошин, Л. Китаєв-Смик, Р. Лазарус, науковий доробок яких стосується вивчення механізмів розвитку ПТСР, його симптоматики, фаз та причин розвитку; І. Котенев, В. Лисенко, О. Морозов, В. Омелянович, Н. Тарабріна, О. Тімченко, С.І. Яковенко, які значним чином впровадили в психологічну практику технології діагностики та

подолання стресових розладів, у тому числі ПТСР; І. Малкіна-Пих, праці якої були спрямовані на психологічну допомогу в кризових ситуаціях; В. А. Доморацький, Н. Е. Крилов, А. Л. Пушкар'єв, котрі досліджували особливості корекції посттравматичного стресового розладу в учасників військових дій; Г. Сельє, чия фундаментальна робота заклала теоретичні основи поняття про ПТСР і загальний адаптаційний синдром; Ф. Шапіро, який займався вивченням психотерапії емоційних травм.

За Міжнародною класифікацією хвороб 10-перегляду, посттравматичний стресовий розлад (F43.1) – розлад, що виникає як відстрочена і/або затяжна реакція на екстремальну (травматичну) подію або ситуацію (короткочасну або затяжну) загрозливого або катастрофічного характеру, що може викликати загальний дистрес майже в будь-якої людини [4]. Основними діагностичними критеріями ПТСР за МКХ-10 є: критерій А (відноситься до травматичної події); критерій В (критерій «вторгнення»); критерій С (критерій «уникання»); критерій D (критерій «гіперактивності»); критерій Е (відноситься до тривалості перебігу розладу); критерій F (критерій значущості розладу) [3]

У осіб, які зазнали впливу психотравмуючої ситуації, клінічно ПТСР характеризується повторними кошмарними сновидіннями або нав'язливими спогадами про пережиті психотравмуючі події у поєднанні з прагненням уникати всього, що може викликати в пам'яті те, що трапилося. При цьому типова наявність у таких осіб симптомів підвищеної збудливості, генералізованої тривоги, неконтрольованої злості, депресії, емоційних розладів із прагненням до ізоляції й обмеження контактів із зовнішнім світом, дратівливості, безсоння, труднощів концентрації уваги [5; 7]. Виділяють також нездатність згадати ці події за своїм бажанням (незважаючи на їхні яскраві нав'язливі спогади іншим часом), про відчуття нечутливості, відчуженості, а також про зниження інтересу до повсякденної діяльності. Ці симптоми часто поєднуються з сексуальними розладами, суїцидальними думками, зловживанням алкоголем або наркотиками. Поряд із клінічною симптоматикою існують «теми» переживань, що повторюються за типом кліше у багатьох осіб із ПТСР: постійний страх, що травмуюча подія може повторитися в дійсності та у сновидіннях; сором за свою мниму безпорадність; ідентифікація себе з загиблими або потерпілими. До розповсюджених симптомів ПТСР належать також порушення у вигляді поверхневого характеру нічного сну, страхітливих сновидінь, зміст яких «дублює» психотравмуючу ситуацію. Особливим симптомом повторного переживання стресора є флешбеки – миттєве, без видимих причин, відтворення з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації (почуття, начебто травматична подія відбувається заново) у сполученні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми [5]. Досить вираженими є симптоми уникання – прагнення позбутися будь-яких міркувань, переживань і спогадів про травму. Внаслідок цього виникає почуття віддаленості, відчуженості від оточуючих, що виявляється в прагненні до відособленого, ізольованого способу життя. Типово є втрата інтересу до колишніх життєвих цінностей. Обстежувані скаржаться на відчуття скороченої життєвої перспективи, небажання будувати будь-які плани на майбутнє, часті думки про швидку смерть. Спостерігається втрата яскравості емоційних реакцій, почуття любові навіть стосовно найближчих і значущих людей. Ангедонічна симптоматика стає джерелом додаткової травматизації людини із ПТСР [5]. Досить розповсюдженим є симптом психогенної амнезії. Травматичні спогади первісно зберігаються в пам'яті у вигляді окремих сенсорних фрагментів, семантично непов'язаних воедино, а при повторному переживанні ситуації мимоволі постають у свідомості у формі різних сомато-сенсорних дисоціативних проявів різної модальності, до яких відносяться і флешбеки. Неконтрольовані спалахи гніву з незначних причин, що часом переходять у приступи ауто- і гетероагресії, особи із ПТСР вважають однією з основних проблем. У більшості відмічаються симптоми гіпертрофованої неадекватної пильності – постійне чекання небезпеки і готовність до негайних дій з метою її уникання. Досить розповсюдженими є ознаки депресії, що в одних випадках розвиваються відразу після травми, в інших – перші симптоми з'являються через кілька місяців і, навіть, років. Особливим переживанням є тяжке почуття провини перед загиблими, яке відчувають учасники бойових дій, які вижили. На додаток до перерахованих вище симптомів часто спостерігаються вегетативні розлади (частішають дихання та пульс, почервоніння шкірних покривів, посилення потовиділення і т.д.) у тих обставинах, що викликають асоціації з травматичною ситуацією або ще будь-яким чином з нею пов'язані [5].

Вага та значущість осьових симптомів ПТСР та коморбідної афективної патології дозволяє виділити декілька клінічних варіантів ПТСР: тривожний, астеничний, дисфоричний, іпохондричний, дисоціативний та змішаний. На підставі вивчення особливостей і закономірностей динаміки клінічної симптоматики ПТСР можна виділити декілька типів його перебігу, а саме: прогресивний, несприятливий, стабільний й регресивний типи перебігу ПТСР [2; 5]. В основі формування різних клінічних варіантів і типів перебігу ПТСР лежать складні паттерни чинників (особливості травматичної події, демографічні, соціальні, клінічні, соціально - та індивідуально-психологічні чинники, характеристики стану здоров'я). Чинники, що складають паттерни, характеризуються складною внутрішньою взаємодією і взаємним впливом. Один і той же чинник у різних людей може бути запускаючим, підтримуючим, потенціуючим, або стримуючим і протекторним відносно виникнення у них психічних порушень [5].

Незважаючи на достатній акцент психологів-науковців щодо особливостей розвитку ПТСР, його основних критеріїв, психологічної допомоги, сучасна психологічна служба потребує певних уточнень та узагальнень на сьогоdnішньому етапі в межах української ментальності. Саме тому, ми поставили перед собою мету проаналізувати психологічні особливості переживання ПТСР учасниками зони АТО, а саме тими із них, які звернулися за психологічною допомогою до «Центру психологічної допомоги учасникам зони АТО та їхнім сім'ям у м. Луцьку Волинської обл.». Вибіркова сукупність не обмежувалась жителями м. Луцька та Волинської

області, а й налічувала осіб зі всієї України, які за певними обставинами перебували на території Волинської області та звернулись за допомогою. Зокрема, вибірку склали чоловіки віком від 19 до 54 років, які брали участь у бойових діях, протягом серпня 2014 року по березень 2015 року. Усього у дослідженні взяли участь 450 осіб, із них 100% вибірки - чоловіки.

Методика дослідження передбачала бесіду, анкетування і тестування. Бесіда включала в себе запитання, що стосуються хронологічних та демографічних даних, уточнення психологічного запиту, виділення основ типу скарги тощо. Анкетування дало змогу отримати інформацію про події, що відбувались із бійцями в гарячих точках. Це сприяло кращому розумінню об'єктивності ситуації та було доповнюючою та важливою складовою для діагностики учасників бойових дій. Анкета включала як і загальні запитання (час перебування в АТО; чи отримав боєць посвідчення учасника бойових дій; чи був добровольцем чи мобілізованим тощо) та спеціальні, що потребували висловлення власної позиції респондента з приводу ситуації, що склалась нині на Сході України, зокрема, запитання щодо того, чи є доцільним введення наших військ на Схід України, чи реальним є вирішення даного військового конфлікту мирним шляхом; яким є військове керівництво в зоні бойових дій та чи готовий респондент повернутись назад до зони АТО. При тестуванні основним психодіагностичним інструментарієм був комплекс методик, а саме: Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків (Котеньов, 1996), Шкала оцінки впливу травматичної події (IMPACT OF EVENT SCALE-R - IES-R); Опитувальник перитравматичної дисоціації; Особистісний профіль кризи; Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (МШ).

Проте для даної публікації ми використали результати дослідження за методикою «Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків» (Котеньов, 1996). Даний опитувальник призначений для вивчення стану людини після впливу надзвичайних факторів, а саме - знаходження в екстремальних умовах. Опитувальник визначає наявність у учасника бойових дій таких проявів посттравматичного синдрому, як немотивована пильність, «вибухова» реакція, агресивність, порушення пам'яті та концентрації уваги, депресія, тривожність, зловживання наркотичними і лікарськими засобами, галюцинаторні переживання, проблеми зі сном (труднощі із засипанням і переривчастий сон). Опитувальник включає 110 тверджень і 13 шкал. Респондент повинен читаючи кожне твердження, вибрати варіант відповіді, яка найбільше описує його стан або думки в даний момент. Відповіді методики позначені відповідною цифрою: 5 - абсолютно вірно; 4 - скоріше вірно; 3 - частково вірно, почасти невірно; 2 - швидше невірно; 1 - абсолютно невірно.

Основними шкалами опитувальника є: немотивована пильність; «вибухова» реакція; притупленість емоцій; агресивність; порушення пам'яті та концентрації уваги; депресія; загальна тривожність; напади люті; зловживання наркотичними і лікарськими речовинами; непрохані спогади і галюцинаторні переживання; проблеми зі сном; «привина вижившого»; оптимізм.

Аналіз результатів дослідження. За результатами психодіагностичного дослідження, що полягало у виявленні основних причин атипової поведінки та специфіки взаємин військовослужбовців, пов'язаних з посттравматичними стресовими розладами (ПТСР) – нами було використано відповідний психодіагностичний інструментарій, що дозволив зробити такі висновки.

Усі досліджувані за проявами ознак ПТСР умовно діляться на 2 групи: перша група включає в себе осіб, у яких ознаки ПТСР проявляються незначною мірою – 21%; у другій групі (21%) – ознаки ПТСР характеризуються помірною вираженістю. Найбільш яскрава вираженість ознак ПТСР виявилась у 58% учасників зони АТО, котрі потребують додаткового медико-психологічного обстеження та супроводу.

Дані розподілу досліджуваних за наявністю ознак ПТСР подано на рис. 1.

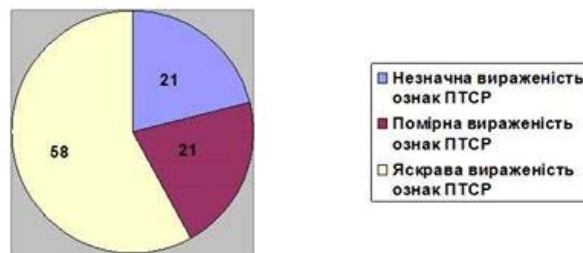


Рис. 1. Розподіл досліджуваних за наявністю ознак ПТСР, %

Найчастіше проявлялися такі ознаки ПТСР, як порушення сну та прояви депресії – 46%; загальна тривожність – 42%. Слід відмітити наявність високого рівня агресії та немотивованої пильності – 37,5%. Зловживання алкогольними напоями та лікарськими препаратами, невимушені (непрошені) спогади, почуття провини характерні для 33,3%. Для 29,2% властиві такі ознаки ПТСР як «вибухова» реакція, порушення пам'яті, концентрації уваги та притупленість емоцій. Галюцинаторні переживання проявляються у 25%. До нападів люті схильні 17%.

Дані розподілу вираженості ознак ПТСР у учасників зони АТО подано на рис. 2.



Рис. 2. Розподіл вираженості ознак ПТСР в учасників зони АТО, %

Висновки та перспективи подальшого дослідження. Отже, за даними проведеного нами дослідження було виявлено такі психологічні особливості переживання ПТСР учасниками зони АТО:

– більшість учасників зони АТО потребують додаткового медико-психологічного обстеження та супроводу;

– основними ознаками переживання ПТСР учасниками зони АТО є: порушення сну та прояви депресії, загальна тривожність, агресія, невмотивована пильність, зловживання алкогольними напоями та лікарськими препаратами, невимушені (непрошені) спогади, почуття провини, «вибухова» реакція, порушення пам'яті, концентрації уваги та притупленість емоцій.

Перспективу подальших досліджень ми вбачаємо у дослідженні впливу травматичної події на особливості функціонування учасників зони АТО; аналізу рівня прояву диссоціативних станів (переживань), якими учасники зони АТО характеризуються у даний період свого життя; вибудовуванню особистісного профілю переживання кризи бійцями.

Список використаних джерел

1. Волошин П.В. Посттравматические стрессовые расстройства: проблемы лечения и профилактики / П.В. Волошин, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Подкорытов // Международный медицинский журнал. – 2004. – Т. 10, № 1. – С. 34–37.
2. Коханов В.П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций / В.П. Коханов, В.Н. Краснов. – М. : Практическая медицина, 2008 – 448 с.
3. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих : клінічний посібник / [Панько Т.В., Явдак І.О., Колядко С.П. та ін.] ; під ред. П.В. Волошина. – Х. : Арсіс, 2001. – 303 с.
4. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). – Женева : Всемирная организация здравоохранения, 1995.
5. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація : методичні рекомендації / уклад. : Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С. та ін. – Харків, 2002. – 47 с.
6. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Тарабрина Н. В. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
7. Шестопалова Л.Ф. Профилактика посттравматических стрессовых расстройств у жертв надзвичайних подій: медико-психологічні аспекти / Л.Ф. Шестопалова // Гуманітарний часопис. – 2005. – № 1. – С. 103–108.

References

1. Voloshin P.V. Posttraumatic stress disorder: problems of treatment and prevention / P.V. Voloshin, L.F. Shestopalova, V.S. Podkorytov // Mezhduнародnyj medicinskij zhurnal. – 2004. – Т. 10, № 1. – 34–37 s.
2. Kohanov V.P. Psihiatrija katastrof i chrezvychajnyh situacij / V.P. Kohanov, V.N. Krasnov. – M. : Prakticheskaja medicina, 2008 – 448 s.
3. Kryterii diahnozyky i likuvannya psyhichnykh rozladiv ta rozladiv povedinky u doroslykh : klinichnyy posibnyk / [Pan'ko T.V., Yavdak I.O., Kolyadko S.P. ta in.] ; pid red. P.V. Voloshyna. – Kh. : Arsis, 2001. – 303 s.
4. Mezhduнародnaja klassifikacija boleznej 10-go peresmotra (МКБ-10). – Zheneva : Vsemirnaja organizacija zdavoohranenija, 1995.
5. Posttraumatichni stresovi rozladi: diaagnostika, likuvannja, rehabilitacija : metodichni rekomendacii / uklad. : Voloshin P.V., Shestopalova L.F., Pidkoritov V.S. ta in. – Harkiv, 2002. – 47 s.
6. Tarabrina N.V. Praktikum po psihologii posttraumaticeskogo stressa / Tarabrina N.V. – SPb. : Piter, 2001. – 272 s.

7. Shestopalova L.F. Profilaktyka posttravmatychnykh stresovykh rozladiv u zhytv nadzvychaynykh podiy: medyko-psykholohichni aspekty / L.F. Shestopalova // Humanitarnyy chasopys. – 2005. – № 1. – S. 103 – 108.

Резюме. В статті проаналізовані теоретичні підходи к определению понятия посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) с точки зрения украинских и зарубежных исследователей. Рассмотрены психологические особенности переживания ПТСР участников зоны АТО на сегодняшнем этапе. Выявлено, что более 50% бойцов, вернувшихся из зоны АТО имеют ярко выраженные признаки синдрома посттравматического стрессового расстройства, среди которых флеш беки, эмоциональное оцепенение, немотивированная бдительность, дезадаптация, психосоматические нарушения.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), антитеррористична операция, травматическое событие, симптом, экстремальные условия, психологическое состояние.

Summary. The article analyzes the theoretical approaches to the definition of post-traumatic stress disorder (PTSD) in terms of Ukrainian and foreign researchers. It analyzes the psychological features of PTSD experience of the participants of zone of ATO at this stage. It is revealed that more than 50% of the fighters who have returned from the area of ATO have distinct features of the syndrome of post-traumatic stress disorder, including flash lords, emotional numbness, unmotivated vigilance, maladjustment, psychosomatic disorders.

Key words: post-traumatic stress disorder (PTSD), antiterrorist operation, traumatic event, a symptom, extreme conditions, psychological state.

УДК 159.954:316.6-057.874

О.В. СТОРОЖ

РОЗВИТОК СКЛАДОВИХ ТВОРЧОЇ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

Статтю присвячено дослідженню складових творчої соціалізації особистості. Здійснено аналіз наукової літератури, що розкриває зміст поняття «творча соціалізація». Обґрунтовано основні складові творчої соціалізації особистості: соціально-психологічна адаптація, фрустрація, соціальний статус, соціальне визнання, набуті характеристики, образне і вербальне творче мислення, оригінальність тематична. Встановлено суть творчої соціалізації особистості. Проаналізовано структуру технології розвитку складових творчої соціалізації особистості.

Ключові слова: соціалізація, творче мислення, творча соціалізація особистості, складові творчої соціалізації, технологія.

Постановка проблеми. Однією із центральних проблем у психології, що притягує до себе погляди дослідників, є проблема творчості. В умовах сучасного життя творчість значною мірою виступає своєрідним механізмом адаптації особистості до соціальних змін, що відбуваються. Динамізм розвитку нашої країни в економічній і політичній сферах викликає істотні зміни як у матеріальному, так і в духовному житті людей. Для того, щоб внутрішньо відповідати сучасній дійсності, людина повинна не просто вміти адаптуватися до нової ситуації, але й бути здатною змінити її, змінюючись і розвиваючись при цьому сама. Саме тому особливий інтерес викликають дослідження, присвячені вивченню особливостей успішної соціалізації активної творчої особистості, складових її творчого мислення. Так, гнучкість і оригінальність мислення можна з повною впевненістю розглядати як фактори виживання особистості в умовах сучасного розвитку суспільства, необхідні якості при вирішенні життєво важливих проблем. Відповідно нестійкість і відсутність гарантій істинності сучасних соціальних цінностей жадають від особистості власної оригінальної позиції до подій. У цьому контексті актуальним залишається процес соціалізації підростаючого покоління, дослідження їх творчого підходу і успішної реалізації в суспільстві.

Зазначено, що провідні психологічні концепції і моделі соціалізації особистості сформувались зарубіжними і вітчизняними вченими у руслі трьох основних підходів: *культурантропології* (Ф. Боас, В. Малиновський, М. Мід та ін.), *соціології* (Дж. Дьюї, Е. Дюркгайм, В. Кукартц та ін.) і *психології* (Г. М. Андреева, Л. С. Виготський, Д. Б. Ельконін, Л. Колберг, А. Маслоу, В. В. Москаленко, Г. Олпорт, Ж. П'яже, К. Роджерс, Дж. Роттер, З. Фройд, В. Т. Ціба та ін.) [4; 11].

Аналіз основних підходів до проблем творчого мислення показав, що поняття «творче мислення» виступає синонімом *продуктивного, креативного, латерального, конструктивного, евристичного мислення* (Г. Айзенк, Г. Алдер, Д. Б. Богоявленська, Е. де Боно, А. Б. Брушлінський, Ф. Вільямс, Дж. Гілфорд, Л. Я. Дорфман, Л. Б. Єрмоласва-Томіна, З. І. Калмикова, В. В. Клименко, Н. Коган, О. І. Кульчицька, О. М. Матюшкін, В. О. Моляко, В. В. Рагозіна, М. Л. Смульсон, П. Торренс, О. С. Тунік та ін.). Творче мислення визначено як процес створення суб'єктивно нового продукту, відкриття або прогнозування чогось суттєво нового через пізнання і пошук необхідних і нестандартних способів дій, через встановлення різноманітних зв'язків, комбінацій, аналогій, реконструкцій із багатьох можливостей, синтезуючи і пов'язуючи елементи новим оригінальним шляхом [11].

Значна увага наукової роботи приділяється змісту і дослідженню взаємозв'язку процесів соціалізації і творчого мислення: розмежування активної і пасивної соціалізації (Г. Алдер, Г. О. Балл, Г. С. Батищев,