



7. Модель И.М. Профессиональная культура предпринимателя / И.М. Модель, Б.С. Модель // Социологические исследования. – 1997. – № 10. – С. 8–16.

8. Музалёв А.А. Профессиональная культура и ее роль в формировании профессиональных качеств специалиста в условиях профессионально-технической школы [Текст] / А.А. Музалёв // Молодой ученый. – 2014. – №4. – С. 1040–1045.

9. Сабатовская И.С. Проблема профессиональной культуры в современной отечественной социологической литературе / И.С. Сабатовская // Вчені зап. Харк. гуманіт. ун-ту «Нар. укр. акад.». – 2002. – Т. 9. – С. 206–214.

10. Сенько Ю.В. Гуманитарные основы педагогического образования / Ю.В. Сенько. – М. : Академия, 2000. – 240 с.

УДК 159.923.2

ПОРІВНЯННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНО-ЦІННІСНОГО ПРИЙНЯТТЯ СЕБЕ ЗДОРОВИМИ І ХВОРИМИ У ПЕРІОДІ СЕРЕДНЬОЇ ДОРОСЛОСТІ

Швайкін С.А., здобувач кафедри загальної психології та психології розвитку особистості
Одеський національний університет імені І.І. Мечникова

У статті проаналізовані особливості самоствавлення здорових і хворих індивідів у віці середньої дорослості. Встановлені статистичні розбіжності в самоствавленні здорових і хворих, при середньому рівні його вираженості. Допускається наявність різних сенсоутворювальних мотивів у групах «Кардіо» і «Астма». Показано, що у хворих бронхіальною астмою сенсоутворювальний мотив – «жити повним життям, контролюючи хворобу», а у людей із хворобою серцево-судинної системи – «жити повним життям, незважаючи на хворобу». Продемонстровано, що при середньому рівні емоційно-ціннісного прийняття себе, хворі мають труднощі в адаптації до нової життєвої ситуації – ситуації хвороби, які проявляються в незв'язаності сьогодення, минулого і майбутнього.

Ключові слова: самосвідомість, Я-концепція, самоствавлення, особистість, зв'язність часових зон, середня дорослість, серцево-судинні порушення, бронхіальна астма.

В статье проанализированы особенности самоотношения здоровых и больных индивидов в возрасте средней зрелости. Установлены статистические расхождения в самоотношении здоровых и больных, при среднем уровне его выраженности. Допускается наличие разных смыслообразующих мотивов в группах «Кардио» и «Астма». Показано, что у больных бронхиальной астмой смыслообразующий мотив – «жить полной жизнью, контролируя болезнь», а у людей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы – «жить полной жизнью, невзирая на болезнь». Продемонстрировано, что при среднем уровне эмоционально-ценностного принятия себя, больные имеют трудности в адаптации к новой жизненной ситуации – ситуации болезни, которые проявляются в несвязанности настоящего, прошлого и будущего.

Ключевые слова: самосознание, Я-концепция, самоотношение, личность, связность временных зон, средняя зрелость, сердечно-сосудистые нарушения, бронхиальная астма.

Shvaikin S.A. COMPARISON OF PECULIARITIES OF EMOTIONALLY-VALUABLE SELF-ACCEPTANCE BY HEALTHY AND SICK EXAMINEES IN THE PERIOD OF MIDDLE ADULTHOOD

The article analyzes the features of self-attitude of healthy and sick individuals at the age of middle adulthood. Statistical differences in self-attitude between healthy and sick examinees were established on an average level of its severity. The presence of difference of meaning-formative motifs in groups "Cardio" and "Asthma" is admitted. It is shown that patients with bronchial asthma have the following meaning-formative motive: "to live a full life, controlling the disease," and patients with the cardiovascular system diseases the motive is: "to live a full life, despite the disease." It is demonstrated that while having the medium level of emotionally-valuable self-acceptance, patients have difficulties in adapting to a new life situation - the disease, that appear in the disconnection of the present, past and future.

Key words: self-awareness, self-concept, self-attitude, personality, connectivity of time zones, middle adulthood, cardiovascular disorders, bronchial asthma.

Постановка проблеми. Згідно з визначенням ВООЗ поняття «здоров'я» означає повне відчуття фізичного, психологічного і соціального благополуччя, що включає не лише відсутність захворювань, але й можливість людини повноцінно жити і працювати в соці-

умі. Вважається, що самоствавлення хворих як система самооцінок й емоційних ставлень до себе формується кризь призму обмежених внаслідок хвороби можливостей. Захворювання може впливати на формування особистісних структур і властивостей. Так, у новій життєвій

ситуації, у ситуації хвороби, яка супроводжується відчуттям неповного фізичного і психологічного благополуччя, людина адаптується або не адаптується до нових обставин життя і до самої себе в цих обставинах.

В. Ніколаєва вважає, що «хвороба є однією з найбільш частих і драматичних подій людського життя»; «внутрішня картина хвороби» складається, на думку О. Лурії, з дуже складних поєднань сприйняття і відчуттів, емоцій, афектів, конфліктів, психологічних переживань і травм. Згідно з поглядами Ю. Швалба, тілесно-організмичні розлади не тільки безпосередньо впливають на погіршення якості життя, але й опосередковано через зміну самоствавлення як емоційно-оцінної складової Я-концепції. Таким чином, функціональні обмеження, які викликає хвороба, можуть впливати на самоствавлення особистості, тому наше дослідження є актуальним для психологічної науки, виконано в рамках наукової теми: «Розвиток особистості у рамках просторово-часової організації життєвого шляху».

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Самоствавлення багатьма вченими, а саме: Б. Ананьєвим, Л. Виготським, О. Леонтєєвим, С. Пантелеєвим, С. Рубінштейном, Н. Сарджвеладзе, В. Століним, О. Санніковою, Т. Титаренко, І. Чесноковою, Ю. Швалбом – розглядається в контексті розвитку особистості. Н. Сарджвеладзе вважав, що самоствавлення є однією зі структурних одиниць диспозиційного ядра особистості, що дозволяє їй певним чином взаємодіяти із соціумом і собою [7]. Вчений визначив його трикомпонентну будову (когнітивний, емоційний і конативний) і перерахував функції самоствавлення (відображення себе, самовираження, збереження внутрішньої стабільності, саморегуляції, психологічного захисту, інтракомунікації).

С. Пантелеєв вважав, що самоствавлення складається з двох рівнів: приватних самооцінок і рівня узагальненої самооцінки. Самоствавлення – це цілісне, одновимірне і універсальне утворення, що виражає міру позитивності відношення індивіда у власному уявленні про себе і це ставлення інтегрується із окремих самооцінок [5]. У науці існує багато досліджень самоствавлення особистості, узагальнюючи підходи до його вивчення, можна виділити: 1) самоствавлення як загальна або глобальна самооцінка (Р. Бернс, У. Джеймс, С. Куперсміт, І. Кон, М. Розенберг,); 2) самоствавлення як самоповага (С. Куперсміт, М. Лукін, Н. Сарджвеладзе); 3) самоствавлення як емоційно-ціннісне ставлення (О. Леонтєєв, В. Столін, Є. Соколова, І. Чеснокова) [6],[9],[10],[11].

Проведений аналіз сучасних українських психологічних досліджень, показує стійкий інтерес до проблеми самоствавлення особистості. Так, Л. Лепихова визначає самоствавлення

як стійке почуття, яке виникає на основі самосприйняття, самооцінки, Я-образу й оцінки значущого оточення [2]. О. Камінська вивчає самоствавлення як компонент самосвідомості та його зв'язок із самооцінкою, «Я-концепцією», «Я-образом», а також фактори, що зумовлюють виникнення позитивного чи негативного самоствавлення. Вченою продемонстровано, що у юнацькому віці переважають рефлексивні механізми формування самоствавлення, які розвинуті краще в дівчат, ніж у хлопців [1]. Л. Ліснівська продемонструвала роль самоствавлення школяра-початківця в оволодінні новою діяльністю та встановила відмінності в самоствавленні першокласників із різним рівнем навчальних досягнень [3]. А. Федорець досліджував самоствавлення спортсменів, яке зумовлене їх віковими та статевими особливостями, що впливає на вираженість складових афективного та когнітивного компоненту самоствавлення та встановив більшу зацікавленість жінок-спортсменів собою, ніж чоловіків-спортсменів, у жінок переважає афективний компонент самоствавлення – самоінтерес, вони більш схильні до самокопання [8]. Деяка частина досліджень присвячена вивченню самоствавлення у хворих: на псоріаз (О. Каденко), на ішемічну хворобу серця (Т. Ермоленко), на нейродерміт (Т. Вашека, О. Мацерук), на міопію (Г. Субботіна), пацієнтів косметологічного профілю (М. Юдін) та ін.

Мета статті – порівняти емпіричним шляхом особливості самоствавлення у здорових індивідів та індивідів із порушенням роботи серцево-судинної системи і хворих на бронхіальну астму.

Виклад основного матеріалу і результатів дослідження. У дослідженні взяли участь 63 досліджуваних у віці середньої дорослості (умовно здорові), 73 – із захворюванням на бронхіальну астму та 56 – із порушенням роботи серцево-судинної системи. Загальна кількість респондентів – 195 осіб. Випробувані за станом здоров'я були розділені на 3 групи, умовне позначення: «Здорові», «Кардіо» та «Астма».

Обробка емпіричних даних здійснювалася за допомогою комп'ютерного статистичного пакета програми SPSS v.16. for Windows.

Для проведення дослідження нами були обрані методики: самоствавлення (МДС С. Пантелеєв) та «Графічний тест Коттла» за Р. Браун та Р. Херінг.

Методика самоствавлення представляє собою стандартизований опитувальник, містить 110 тверджень і включає 9 шкал: закритість, самовпевненість, самокерівництво, відображене самоствавлення, самоцінність, самоприйняття, самоприв'язаність, внутрішня конфліктність, самозвинувачення. Представленість шкал за методикою («МДС» С. Пантелеєв) у групі норма представлено на рис. 1.

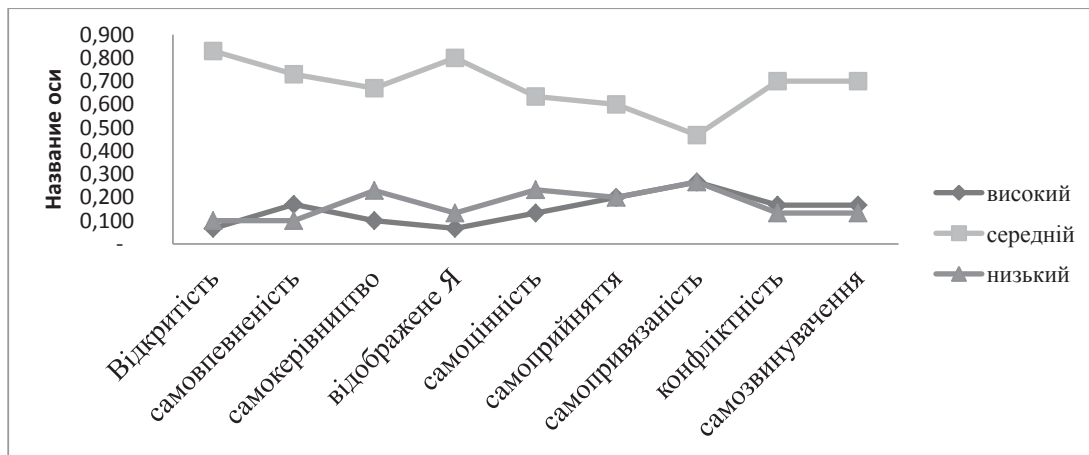


Рис. 1. Представленість показників за шкалами МДС у групі «Здоров'я»

Примітка: 1. Відкритість 2. Самовпевненість 3. Самокерівництво 4. Відображене самоставлення 5. Самоцінність 6. Самоприйняття 7. Самоприв'язаність 8. Внутрішня конфліктність 9. Самозвинування.

Аналіз рис. 1 показує, що за більшістю шкал методики у дорослих групи «Здоров'я» самоставлення представлено на середньому рівні. Так, більшість досліджуваних усвідомлюють себе як критичних, у міру відкритих, і не завжди видають значиму інформацію про себе, вони досить самовпевнені і бувають внутрішньо напружені, у досліджуваних у наявності внутрішні конфлікти, які супроводжують тривожно-депресивні стани, у звичних для себе ситуаціях зберігають працездатність, упевненість у собі, орієнтацію на успіх, при несподіваній появі труднощів упевненість у собі знижується, наростають тривога, занепокоєння. Досліджувані не завжди знаходяться в ладу із собою, але вважають, що їх доля знаходиться у власних руках; відчувають обґрунтованість і послідовність своїх внутрішніх спонукань і цілей, здатні викликати в інших повагу, симпатію, схвалення і розуміння, приймають себе такими, якими є, на середньому рівні виражено небажання мінятися на тлі загального позитивного відношення до себе.

Порівняння жінок і чоловіків групи «Здоров'я» за критерієм U-Манна-Уїтні показало, що вони відрізняються за шкалами: «Внутрішня конфліктність» ($p < 0,000$), «Самозвинування» ($p < 0,048$). У жінок – вище вираженість шкали «Внутрішня конфліктність», а в чоловіків – вище виражені показники «Самозвинування». Таким чином, у звичних для себе умовах у жінок спостерігається недостатній баланс між власними можливостями і вимогами навколишньої реальності, заперечення своїх проблем на фоні високих вимог до себе, а в чоловіків – актуалізовані психологічні захисти, серед яких домінують реакції захисту власного «Я» у вигляді осуду, засудження себе або залучення пом'якшувальних обставин. Установка

на самозвинування супроводжується розвитком внутрішньої напруги, відчуттям неможливості задоволення основних потреб.

Порівняння представленості шкал за методикою «МДС» С. Пантелєєва в групах «Здоров'я», «Кардіо» і «Астма» наведено на рис. 2.

Аналіз рис.2 показує, що за більшістю шкал методики у дорослих групах «Кардіо» і «Астма» самоставлення представлено на середньому рівні, як і у групі «Здоров'я». Що стосується показників високого та низького рівнів, то в групі «Кардіо» не представлені досліджувані з низьким рівнем по шкалам «Відкритість», «Самовпевненість» і «Самоцінність» та високим рівнем за шкалою «Внутрішня конфліктність», тобто досліджувані групи «Кардіо» поважають себе, задоволені собою, своїми досягненнями, відчувають баланс між власними можливостями і вимогами навколишньої реальності, відчувають свою компетентність і здатність вирішувати багато життєвих питань, але несподівані труднощі, виникаючі додаткові перешкоди можуть сприяти посиленню недооцінки власних успіхів, проблеми зачіпають як би неглибоко, переживаються недовго, у звичних для себе ситуаціях зберігають працездатність і упевненість у собі, оцінюють низку своїх якостей високо.

Досліджувані групи «Астма» поважають себе, позитивно ставляться до себе, усвідомлюють багатство свого внутрішнього світу, духовності; задоволені собою, своїми досягненнями, відчувають свою компетентність і здатність вирішувати багато життєвих питань; визнають свою унікальність, але це відноситься не до усіх особистісних якостей; проблеми зачіпають як би неглибоко, переживаються недовго, у звичних для себе ситуаціях зберігають працездатність і упевненість у собі, оціню-

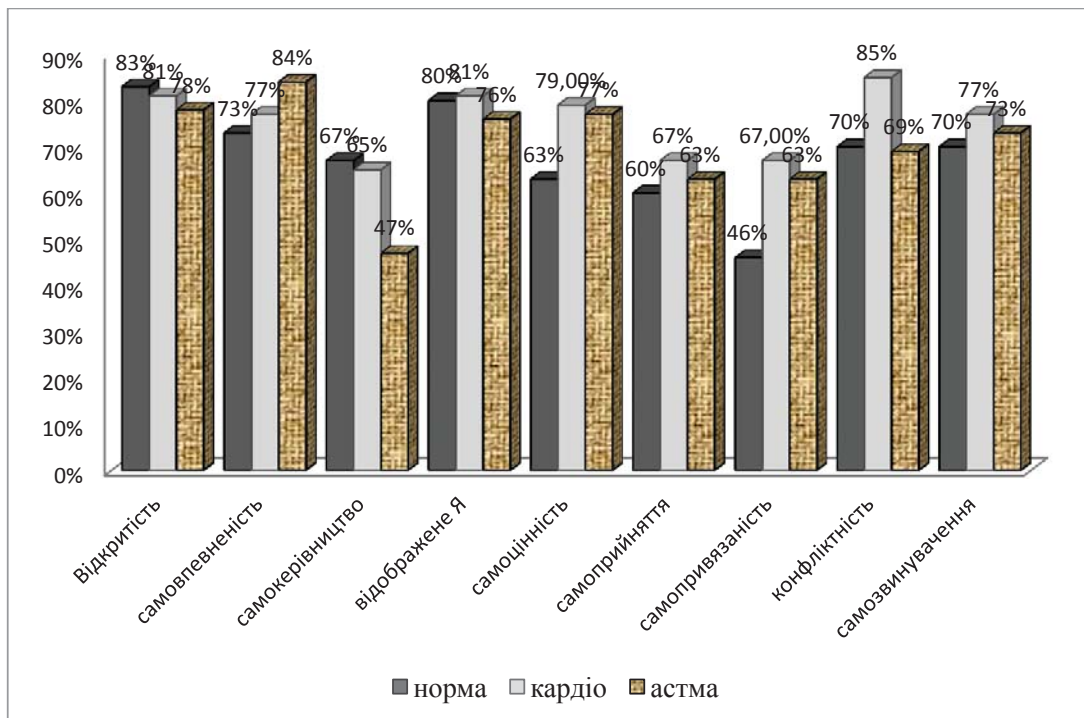


Рис. 2. Представленість показників за шкалами МДС у групах «Здоров'я», «Кардіо» і «Астма» (середній рівень)

Примітка: 1. Відкритість 2. Самовпевненість 3. Самокерівництво 4. Відображене самоставлення 5. Самоцінність 6. Самоприйняття 7. Самоприв'язаність 8. Внутрішня конфліктність 9. Самозвинувачення.

ють низку своїх якостей високо, здатні викликати в інших глибокі почуття. Мають вибіркоче ставлення до себе, зберігають працездатність і адаптованість у звичних умовах, але при появі труднощів наростає занепокоєння і тривога. Ця психологічна характеристика самоставлення досліджуваних групи «Астма» приблизно така, як і у досліджуваних груп «Здоров'я» і «Кардіо», але методом математичної статистики, зокрема за допомогою критерія U-Манна-Уїтні, встановлена наявність розбіжностей. Порівняння двох груп «Здоров'я» і «Кардіо» за критерієм U-Манна-Уїтні продемонструвало, що вони відрізняються за наступними шкалами: «Відкритість» ($p < 0,01$), «Самоцінність» ($p < 0,03$), «Самоприв'язаність» ($p < 0,000$). Причому в групі «Кардіо» не представлені досліджувані з низьким рівнем по шкалах «Відкритість» і «Самоцінність», тобто досліджувані групи «Кардіо» поважають себе, задоволені собою, своїми досягненнями, відчувають свою компетентність і здатність вирішувати багато життєвих питань, проблеми зачіпають як би неглибоко, переживаються недовго, у звичних для себе ситуаціях зберігають працездатність і упевненість у собі, оцінюють ряд своїх якостей високо. За шкалою «Самоприв'язаність» у 48% досліджуваних групи «Здоров'я» представлений середній рівень, а у групі «Кардіо» – у 68%, тобто вони прагнуть зберегти в незмінному ви-

гляді свої якості, вимоги до себе, а головніше – бачення і оцінку себе. Взагалі такі розбіжності на статистично значимому рівні можуть свідчити як про рівень недостовірності відповідей, зумовленої прагненням давати соціально-бачані відповіді, так і про вираженість функцій самоставлення: самовираження і психологічного захисту в групі «Кардіо». У нашому випадку, враховуючи стан здоров'я кардіо-хворих досліджуваних, їх відчуття, емоції, переживання, загальне самопочуття та самопостереження, вважаємо, що їх самоставлення, зумовлено налаштованістю на самореалізацію і самовираження, на збереження власної конгруентності, які через емоційно-ціннісний компонент самоставлення проявляють їх сенсоутворювальний мотив – «жити повним життям, незважаючи на хворобу».

Порівняння груп «Астма» і «Здоров'я» за критерієм U-Манна-Уїтні показало, що досліджувані відрізняються за наступними шкалами: «Відкритість» ($p < 0,01$) у групі «Астма» вище виражена, «Самокерівництво» ($p < 0,035$) – високий і середній рівень, представлений відповідно по 45% досліджуваних у групі «Астма»; «Самоцінність» ($p < 0,01$) – середній рівень, представлений у 75% досліджуваних групи «Астма» і у 62% у групі «Норма», «Самоприв'язаність» ($p < 0,001$) у групі «Астма» вище виражена. Особливості, які відрізняють групу «Астма»,



на наш погляд, відображаються за шкалою «Самокерівництво». Відомо, що ця шкала інтерпретується у методиці С. Пантелеева як виявлення переживання власного «Я» в ролі того внутрішнього стрижня, який інтегрує і організовує особистість, діяльність та спілкування, як переконаність у тому, що твоя доля знаходиться у власних руках. Можливо, особливості захворювання, поведінка хворого в момент приступів, нової життєвої ситуації та переживань, пов'язаних із хворобою відбилися на ставленні до себе самого. Враховуючи стан здоров'я хворих на бронхіальну астму, вважаємо, що їх самоставлення, зумовлено, як і досліджуваних групи «Кардіо», налаштованістю на самореалізацію і самовираження, на збереження власної конгруентності, але через особливості вираженості шкали «Самокерівництво» досліджувані проявляють сенсоутворювальний мотив – «жити повним життям, контролюючи хворобу».

Порівняння двох груп «Кардіо» і «Астма» за критерієм U-Манна-Уїтні продемонструвало, що вони статистично не відрізняються. Далі ми для статистичної обробки з'єднали групи «Кардіо» і «Астма» і порівняли їх із групою «Здоров'я», у результаті – виявилися розбіжності за шкалами: «Відкритість» ($p < 0,000$), «Самокерівництво» ($p < 0,05$) «Самоцінність» ($p < 0,009$), «Самоприв'язаність» ($p < 0,000$).

Як відомо, у методиці «МДС» С. Пантелеева шкали об'єднані у три незалежних та добре інтерпретованих фактори: 1 фактор – Самоповага, 2 фактор – Аутосимпатія, 3 фактор – Самоприниження. На наступному етапі ми, згідно з методикою, вираховували вираженість цих факторів у досліджуваних трьох груп (рис. 3).

Оскільки розподіл даних відповідає нормальному виду (згідно з критерієм Колмого-

рова-Смирнова оскільки $Asymp.Sig$ менше $p < 0,05$), ми використали для порівняння критерій Краскела-Уоллеса. Порівняння факторів самоповаги, ауто симпатії, внутрішньої невлаштованості у випробовуваних 3-х груп показало, що групи значимо не відрізняються одна від одної.

На другому етапі емпіричного дослідження ми застосували проєктивну методику «Графічний тест Коттла» за Р. Б. Браун та Р. Херінг. На думку автора, просторова модель часу ґрунтується на тому, що люди відчувають зв'язаність свого минулого, сьогодення і майбутнього (рис. 4).

Згідно з рис. 4. у 53% досліджуваних групи «Здоров'я» представлено зв'язане минуле – теперішнє – майбутнє. (Необхідно відмітити, що отримані нами результати за графічним тестом Коттла узгоджуються з нашими результатами за методикою СЖО, згідно з якою більшість досліджуваних знаходять сенс у житті у всіх трьох складових життя (цілі, процес, результат – С.Ш.). У 7% досліджуваних групи «Кардіо» представлено зв'язане минуле – теперішнє – майбутнє, а у 30% представлені різні розміри часових зон із переважанням теперішнього (43%) та майбутнього (28% досліджуваних) і у 2% досліджуваних наявні різні конфігурації, які неможливо інтерпретувати, згідно з інструкцією до методики. У 9% досліджуваних групи та «Астма» зв'язані і часові зони, у 41% досліджуваних групи «Астма» 42% часові зони не зв'язані, у 44% представлені різні розміри незв'язаних часових зон із переважанням майбутнього (58% досліджуваних) і минулого (29% досліджуваних) у 5% досліджуваних у наявності різні конфігурації, які неможливо інтерпретувати, згідно з інструкцією до ме-

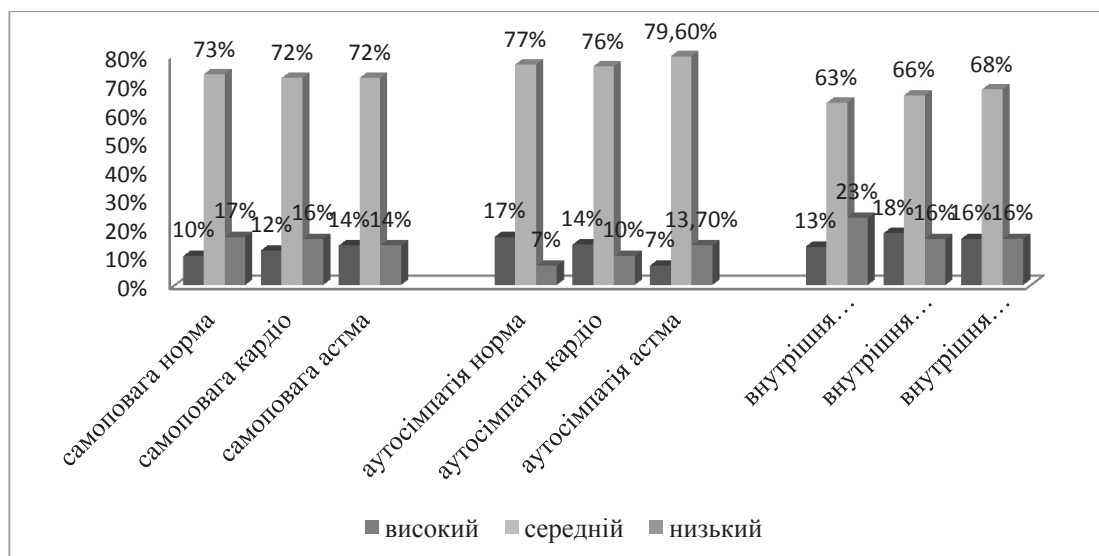


Рис. 3. Порівняння факторів самоповаги, аутосимпатії та внутрішньої невлаштованості у випробовуваних 3 груп

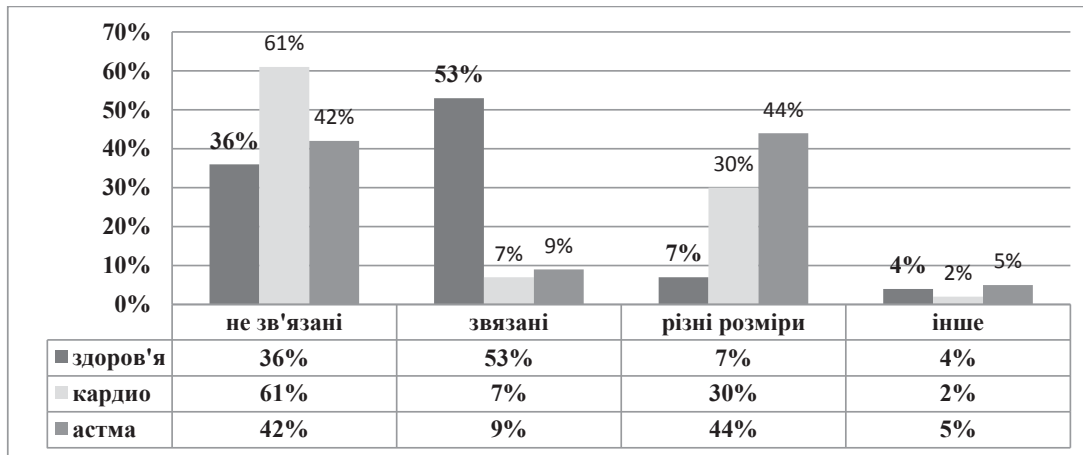


Рис. 4. Показники за методикою «Графічний тест Коттла» у трьох групах

тодики. Порівнюючи показники за критерієм U-Манна-Уїтні, ми бачимо, що групи «Кардіо» і «Здоров'я» та «Астма» і «Здоров'я» статистично відрізняються за методикою «Графічний тест Коттла» на $p < 0,05$. Отримані результати за методикою «Графічний тест Коттла» дозволяють припустити, що досліджувані групи «Кардіо» і та «Астма», незважаючи на середній рівень емоційно-ціннісного прийняття себе, мають труднощі в адаптації до нової життєвої ситуації – ситуації хвороби, що проявляються в незв'язаності минулого-сьогодення і майбутнього, оскільки зв'язна і збалансована часова перспектива дозволяє перемикатися між минулим, сьогоденням і майбутнім, міняти або зберігати установки і цінності, використовувати або зберігати ресурси у відповідь на вимоги ситуації, у тому числі і ситуації хвороби.

Висновки. Підсумовуючи, можна зазначити, що самоставлення представлено на середньому рівні у групі здорових, кардіохворих і хворих на бронхіальну астму. Статистично встановлено розбіжності самоставлення здорових і хворих за наступними шкалами: відкритість, самокерівництво, самоцінність, самоприв'язаність. Допускається наявність різних сенсоутворювальних мотивів у групах «Кардіо» і «Астма». Показано, що у хворих на бронхіальну астму сенсоутворювальний мотив – «жити повним життям, контролюючи хворобу», а у хворих на серцево-судинну систему – «жити повним життям, незважаючи на хворобу». Продемонстровано, що при середньому рівні емоційно-ціннісного прийняття себе хворі мають труднощі в адаптації до нової життєвої ситуації – ситуації хвороби, які проявляються в незв'язаності сьогодення, минулого і майбутнього.

Перспективи подальшого дослідження полягають у вивченні особливостей суб'єктивного віку у хворих і його впливу на емоційно-ціннісне ставлення до себе.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Камінська О.В. Взаємозв'язок оцінних компонентів самосвідомості та емоційно-ціннісного самоставлення / О.В. Камінська // Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. С.Д. Максименка. – 2005. – Т. 7, вип. 6. – С. 144-155.
2. Лепихова Л.А. Психологія особистості / Л.А. Лепихова : Словник-довідник. За редакцією П.П. Горностая, Т.М. Титаренко. – К. : Рута, 2001. – 320 с.
3. Ліснівська Л.Б. Роль самооцінювання в адаптації дитини до школи / Л.Б. Ліснівська // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2006. – № 2. – С. 51-61.
4. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезней и атрогенные заболевания / А.Р. Лурия. – М. : Мир, 1977. – 138 с.
5. Пантिलеев С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система / С. Р. Пантिलеев. – М. : МГУ, 1991. – 110 с.
6. Столин В.В. Самосознание личности / В.В. Столин. – М. : МГУ, 1983. – 284 с.
7. Сарджвеладзе Н.И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой / Н.И. Сарджвеладзе. – Тбилиси : Мецниереба, 1989. – 206 с.
8. Федорець А.В. Психологічні чинники самоставлення особистості спортсмена [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології» / Федорець Антон Володимирович ; Київ. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка. – К., 2013. – 23 с.
9. Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии / И.И. Чеснокова. – М.: Наука, 1977. – 144 с.
10. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem / S. Coopersmith – San Francisco, 1967. – 216 p.
11. Rosenberg M. Conceiving the self / M. Rosenberg – New York, 1979. – 350 p. 11. Wells L. Self-esteem. Its conceptualization and measurement // Sage publications / L. Wells, G. Marwell – New York, 1976. – P. 56-70.
12. Wylie R. C. The self-concept. V. 2 / R. C. Wylie – Lincoln, 1979. – 433 p.