

определению профессиональной компетентности юриста в пределах личностно-интегративного подхода: интегральный и рефлексивно-творческий, определено их содержание.

Ключевые слова: профессиональная компетентность, системный подход, личностно-интегративный подход, интегральное направление, рефлексивно-творческое направление, психологические качества, профессиональные возможности, акмеологические инварианты.

Summary. The article deals with the main approaches which studied the professional competence of a lawyer: a systematic approach and personally-integrative approach. These approaches were analyzed. We described the phenomenon of “competence” as a combination of its six components: a conceptual (scientific) component, instrumental one, integrative component, a contextual one, an adaptive and communicative components. The features of formation of professional competence of the person were determined. The elements of pedagogical competence were shown. We also described the conception of B.V.Ovchynnykov (in which four main sub-structures of the person had been identified: 1) instinctive (motor-sensory); 2) affective-impulsive; 3) intellectual and volitional; 4) intellectual and intuitive), which are important for building the structure of professional competence of lawyers. The areas to determine the professional competence of the lawyer within the personal-integrative approach were proposed. These areas are: integral and reflexive-creative.

It was shown that the professional competence of lawyers had been characterized by the formation of a comprehensive set of knowledge and skills, psychological qualities, professional opportunities and acmeological invariants. All other components of the person are considered to be the individual subject characteristics, they indicate the real attitude of the lawyer to the professional activity and to his personality.

The professional competence of the lawyer involves a combination of skills to make creative solutions of different problems and the presence of professional skills of the lawyer. Manifestation of creativity and individuality characterizes the high level of professional competence, it is accompanied by intellectual and creative initiative, reflexivity, sense of novelty, the desire to deepen their knowledge, self-expression of the person in the profession and the actualization of creative possibilities of the person.

Key words: professional competence, systematic approach, personal and integrative approach, integral direction, reflexive and creative direction, psychological qualities, professional opportunities, acmeological invariants.

УДК 159. 90

О.В. КИХТЮК, Т.В. ПАСТРИК

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ОСІБ ІЗ ВІЛ-ПОЗИТИВНИМ СТАТУСОМ

У статті висвітлено психологічні проблеми осіб з якими вони стикаються при отриманні ВІЛ-позитивного статусу. Психологічні розлади характерні станом підвищеної агресивності, бажанням заподіяти шкоди собі чи іншим, депресії, соціальної ізоляції, синдромом зумовленої безпорадності, упередженого ставлення оточуючих людей.

Ключові слова: особи з ВІЛ-позитивним статусом; особи з синдромом імунodefіциту, депресія, толерантність, упередження, ставлення.

Актуальність теми дослідження зумовлена тим, що у сучасному суспільстві синдром набутого імунodefіциту людини є однією з найбільших проблем сучасності. Незважаючи на профілактичні заходи громадських організацій, навчання та пропаганду здорового способу життя відбувається швидкий розвиток захворюваності людей на СНІД у силу різних об'єктивних та суб'єктивних причин. Дані особи дуже часто перебувають у соціальній ізоляції, мають проблеми із спілкуванням з оточуючими, перебувають у депресивних станах,

можуть відчувати синдром набутої безпорадності, упереджене інтолерантне ставлення суспільства. Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні розпочалася в 1987 році. Але за період 1987-1994 рр. в Україні було зареєстровано лише 183 випадки хворих на СНІД. Починаючи з 1995 року кількість нових випадків ВІЛ-інфекції зростає в геометричній прогресії [8, с.323].

На сьогодні відомі такі можливі способи зараження: статевий, парантеральний, трансплацентарний.

Мета нашої роботи: полягає в теоретичному розгляді психічних розладів при ВІЛ-позитивному статусі/СНІДу, дослідження психологічних особливостей ставлення оточуючих до осіб з синдромом імунодефіциту людини.

Об'єкт дослідження: особливості ставлення до ВІЛ-інфікованих людей.

Предмет дослідження: ставлення учнів та студентів до людей, які хворі на СНІД.

Методики дослідження: бесіда; опитувальник «Індекс толерантності» Г.У. Солдатової; авторська анкета.

Відповідно до мети нами були окреслені такі завдання: проаналізувати психологічний зміст проблеми в науковій літературі; розробити анкету та опитати респондентів з метою пілотажного дослідження, яке більш об'єктивно висвітлить дану проблему; емпірично дослідити ставлення сучасної молоді до ВІЛ-інфікованих людей.

У науковій літературі ВІЛ-інфекція це хвороба, що розвивається в результаті довготривалої персистенції вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) у лімфоцитах, макрофагах та клітинах нервової тканини і характеризується повільно прогресуючою дисфункцією імунної системи [1, 358].

У наукових дослідженнях, протягом усього захворювання у ВІЛ-інфікованих можна виділити 3 періоди, які найнебезпечніші відносно розвитку соціально-психологічної дезадаптації [1; 8]. Перший критичний період настає після встановлення факту інфікування. Встановлений діагноз викликає у людини надмірно важкий стрес, при якому, як правило, виникає почуття страху (болісної смерті, зараження близьких), тривоги (із приводу порушення конфіденційності). Прояви соціально-психологічної дезадаптації можуть бути у вигляді прояву агресивності, у намірі чи підсвідомому бажанні заразити навколишніх, суїцидальних спробах. На думку дослідників, поява думок про самогубство (суїцидальні наміри), пригніченість спостерігаються у 22,7% людей після повідомлення про наявність у них у крові антитіл до ВІЛ. Для другого критичного періоду властива поява опортуністичних інфекцій після певного часу задовільного самопочуття. Третій критичний період – пов'язаний з переходом цього захворювання у термінальну стадію [1; 8].

На думку інших дослідників цієї проблеми, психічні порушення при ВІЛ-інфекції, неспецифічні та достатньо різноманітні. У літературі описуються грубі зміни інтелекту, уваги, пам'яті, до слабоумства, вважається, що для ВІЛ-інфекції характерні порушення інтелекту, які на початку захворювання яскраво не виражені та можуть бути не помічені при звичайному психіатричному огляді [1; 8].

Психологічна реакція пацієнта, що довідався про свою хворобу, протікає у кілька етапів. На кожному із них, на наш погляд доцільна допомога психологів. Перший етап визначається як «криза», яка найчастіше проявляється у вигляді емоційного шоку, заціпеніння чи «приголомшеного» мовчання, емоційної нестабільності, розпачу, у людини спрацьовує механізм психологічного захисту заперечення, у неї знижується оцінка сприйняття себе як особистості. Другий етап вважається адаптацією. Він настає через певний період часу після отримання результату дослідження. Пацієнти намагаються ізолюватися від суспільства, відмовляючись від соціальних контактів. Може спостерігатися іпохондрія – надмірна заклопотаність станом свого здоров'я. Третій етап характеризується примиренням. ВІЛ-інфіковані погоджуються з обмеженнями у своєму подальшому житті, викликаними хворобою, змінюються ставлення до себе, конструктивно беруть участь у діяльності, відновлюють колись перервані соціальні зв'язки. Четвертий етап, у якому необхідна участь консультантів-психологів – підготовка до смерті.

Емпіричне дослідження поставленої проблеми здійснювалось у Волинському обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом міста Луцька. Нами було проведено анонімне анкетування, яке дало можливість дізнатися як реагують пацієнти, коли дізнаються про ВІЛ-позитивний статус. Дана інформація є закритою і захищеною законодавством України, проте ми можемо описати почуття осіб, яким повідомляють про ВІЛ-позитивний статус, їхні реакції. Людям, яким повідомляють діагноз властива абсолютна відсутність зовнішніх проявів тривоги або інших негативних емоцій (в основному в осіб з числа споживачів ін'єкційних наркотиків, і т.д.); реакція агресії чи повної апатії, депресивний психологічний стан.

У сучасній психологічній науці стан депресії визначається як розлад, що характеризується зниженим настроєм, гальмуванням інтелектуальної та моторної діяльності, зниженням вітальних функцій, песимістичною самооцінкою і свого становища в навколишній дійсності, проявами соматоневрологічних захворювань. У науковій літературі виділяють такі теорії депресії: соціокультурна, когнітивна, теорія научіння, спонукальна, психоаналітична[2]. При депресії спостерігаються такі симптоми: помітне схуднення (без дієти) чи збільшення маси тіла; безсоння або навпаки-сонливість; прискорені або «уповільнені рухи»; слабкість, швидка втомлюваність; почуття власної нікчемності, безмірної провини; нездатність зосередитись, чітко мислити, приймати рішення. За Клінгером фази виникнення депресії зіставляються із реакціями хворих на СНІД, при повідомленні про діагноз[2]. Таким чином, можна стверджувати, що пацієнти перебувають у стані депресії. Відповідно до теорій виникнення цього стану існують психологічні школи із методами психотерапії як засобу лікування депресії як сам по собі чи у сполученні з прийомом медикаментів. Лікування в цьому випадку полягає у відвідуванні індивідуальних або групових занять, на яких обговорюються власні переживання, події або труднощі. Психотерапією можуть займатися психіатри, психотерапевти або клінічні психологи, які використовують в своїй практиці різноманітні підходи.

Наступним етапом нашого дослідження було вивчення ставлення сучасних молодих осіб до ВІЛ-інфікованих пацієнтів. З цією метою було проведено анкетування за авторською методикою та «Індексом толерантності» Г.У. Солдатової, який дозволяє визначити рівень загальної толерантності особистості [5; 6]. У наукових дослідженнях толерантність особистості описується як відкритість, здатність до розуміння, емпатії, співпереживання, відсутністю упередженого ставлення до відмінних поглядів, думок, визнання право на існування іншого, несхожого чи потенційно інакшого. Толерантність виступає протилежністю різних форм ксенофобії [3; 5; 6; 7]. Не обмежуючись цим визначенням, В. О. Лекторський, описує чотири типи розуміння толерантності: байдужість, неможливість взаєморозуміння, розширення власного особистого досвіду та поблажливості, критичний діалог. Розглянемо ці типи докладніше. Толерантність здатна виступати як байдужість у випадку, коли існування інших поглядів, позицій є неважливим у порівнянні з основними проблемами, з якими має справу суспільство. За цих умов толерантність відображається у вигляді невизнання відмінностей у формі несприйняття та нечутливості до них. Толерантність виражається як неможливість взаєморозуміння, коли особливі цінності тієї чи іншої культури, релігійні, світоглядні погляди не є іншоплановими для успішної діяльності та розвитку суспільства. Проте толерантність у цьому випадку проявляється як повага до іншого, але водночас і як неможливість розуміти його та разом взаємодіяти. Толерантність як поблажливості характеризується ставленням до слабкості інших з деякою мірою презирства до них. Про неї можна говорити тоді, коли неприйнятні погляди усвідомлюються, терпляться, але дискутувати з носієм цих поглядів вважається недоречним, беззмістовним. Толерантність розглядається як система настанов стосовно незалежності й автономності індивіда, його особистої відповідальності за свої переконання і вчинки, неприпустимості силового нав'язування будь-яких ідей, а також усвідомлення відносності багатьох наших переконань, неможливості беззаперечного їх обґрунтування. В.О. Лекторський зазначає, що толерантність можлива «як повага до чужої позиції в поєднанні з настановою на взаємну зміну позицій (і

навіть в деяких випадках заміну індивідуальної та культурної ідентичності) в результаті критичного діалогу» [4, с. 54].

Виходячи від протилежного, інтолерантна особистість має упередження щодо осіб різних соціальних класів, зокрема інвалідів, гомосексуалістів, безхатків та навіть успішних та заможних громадян, тобто усіх людей несхожих на неї, а тому апріорі матиме до ВІЛ-інфікованих. Толерантні особистості відкриті до діалогу з представниками усіх верств населення, їм притаманний гуманістичний погляд на світ, вони цінують людські якості, професіоналізм особистості. Вибірку дослідження склали учні 11 класу Луцької гімназії №54 імені Модеста Левицького та студенти Медичного коледжу м. Луцька. Рівень толерантності опитаних респондентів в загальному виявився середній, лише 2% – низький. Середній рівень толерантності властивий особистостям, які можуть здійснювати у певних життєвих ситуаціях як толерантні так інтолерантні вчинки. З метою якіснішого вивчення ставлення сучасної молоді до хворих на ВІЛ, було здійснене пілотажне опитування, яке сприятиме кращому розумінню проблеми. На запитання «Якщо б ви дізнались, що продавець має ВІЛ, чи будете Ви у нього купувати свіжі овочі?», учні відповіли «Так» 59%; «Ні» 20%; «Не знаю» 21%, а студенти – «Так» 70%, «Ні» 19%; «Не знаю» 11%. Відповіді на запитання «Якщо учитель/викладач має ВІЛ, але на даний момент не має ознак захворювання, чи може вона продовжувати працювати в школі?» такі: 43 % учнів «Так»; «Ні» 24%; «Не знаю» 33%. Серед опитаних студентів, відповіли «Так» 73%; «Ні» 9%; «Не знаю» 18%. Цікаві результати на запитання, які торкаються особисто кожного досліджуваного: «Якщо член вашої родини захворіє на СНІД, чи будете Ви піклуватись про нього або неї у себе вдома?», на яке учні відповіли: «Так» 73%; «Ні» 14%; «Не знаю» 13%. Студенти показали вищі результати: «Так» 90 %; «Ні» 7%; «Не знаю» 3%. На запитання «Якщо член Вашої родини заразиться ВІЛ, чи хотіли б Ви залишити цю інформацію в таємниці?», опитані учні відповіли «Так» 89%; «Ні» 4%; «Не знаю» 7%, на 5 % менше студентів (84% сказали «Так»); «Ні» - 6%; «Не знаю» - 10 %. Порівнюючи відсоткові результати двох груп можна сказати про те, що рівень позитивного ставлення у студентів вищий, ніж в учнів. Негативне ставлення школярів до ВІЛ-інфікованих свідчить про їх соціальне відокремлення від хворих людей, певні упередження, нижчий рівень поінформованості та знань про СНІД. Нейтральне ставлення школярів до хворих на СНІД свідчить про те, що вони вважають, що ця хвороба не торкнеться їхніх родин. Результати опитування студентів свідчать про достатньо високий рівень позитивного ставлення до ВІЛ-інфікованих. Можна стверджувати, що вони у сприятливих громадських умовах повинні проявляти відсутність упереджень до хворих. Рівень толерантності засвідчують відповіді анкети, що студенти із розумінням та співчуттям ставляться до ВІЛ-позитивних осіб. Можна припустити, що такий рівень позитивного ставлення до таких людей спричинений тим, що студенти більше проінформовані про перебіг хвороби, причини та умови зараження.

Результати теоретичного та емпіричного вивчення питання дозволяють зробити такі **висновки**, що СНІД є однією з найбільших проблем нашого суспільства; психічні порушення та розлади при ВІЛ-інфікуванні досить різноманітні та можуть включати весь спектр реагування. З функціональних психічних порушень найчастіше зустрічаються симптоми тривоги й депресії. Однією із найважливіших психологічних проблем, з якою зустрічаються ВІЛ-інфіковані особи, є соціальна ізоляція, упередження, інтолерантність оточуючих. Залучення професійної психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим у вигляді індивідуального психологічного консультування (або індивідуальної психотерапії) хворого, а також сімейної або групової психотерапії, сприятиме більш конструктивному погляду на його особисту проблему, покращуватиме емоційний стан, який уможливить уникнення соціальної ізоляції. Формування загальної толерантності особистості у сучасного молодого покоління сприятиме відкритому та неупередженому ставленню до осіб із синдромом набутого імунodefіциту, ВІЛ-позитивних осіб. Перспективним вбачаємо більш ґрунтовне емпіричне та теоретичне висвітлення динаміки цієї проблеми, враховуючи доробки нашого та зарубіжного наукового світу.

Список використаних джерел

1. Інфекційні хвороби в дітей / за ред. С. О. Крамарьова, О. Б. Надраги. – К.: ВСВ «Медицина, 2010. – 353 с.
2. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. / Евгений павлович Ильин // СПб. : Питер 2002. – 752 с.
3. Кихтюк О. В. Концептуальна модель етнічно толерантної особистості / О. В. Кихтюк // Психологічні перспективи. – Випуск 15. – Луцьк. : РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2009. – С. 82 – 93.
4. Лекторський В. О толерантности, плюрализме и критицизме / В.О. Лекторський // Вопросы философии. – 1997. – № 11. – С. 46 – 54.
5. Солдатова Г. У. Психологические механизмы ксенофобии / Г.У. Солдатова // Психологический журнал. – 2006. – № 6. – С. 5 – 17.
6. Солдатова Г.У. Психодиагностика толерантности личности. / Г.У. Солдатова, Л.А. Шайгерова. – М. : Смысл, 2008. – 172 с.
7. Социальная психология / под ред. С. Московичи; [пер. с фр. Т. Смолянская]. – СПб. : Питер, 2007. – 592 с. : ил. – (Мастера психологии).
8. Чорновіл А.В. Інфекційні хвороби. / А. В. Чорновіл., Р. Ю. Грицько. – К. «Медицина», 2012. – 323 с.

References

1. Infekcijni hvorobi v ditej / za red. S.O. Kramar'ova, O.B. Nadragi. – K.: VSV «Medicina, 2010. – 353 s.
2. Il'in E. P. Emocii i chuvstva. / Evgenij pavlovich Il'in // SPb. : Piter 2002. – 752 s.
3. Kih'tjuk O.V. Konceptual'na model' etnichno tolerantnoї osobistosti / O.V. Kih'tjuk // Psihologichni perspektivi. – Vipusk 15. – Luc'k. : RVV «Vezha» Volin. nac. un-tu im. Lesi Ukraїnki, 2009. – С. 82 – 93.
4. Lektors'kij V. O tolerantnosti, pljuralizme i kriticizme / V. O. Lektors'kij // Voprosy filosofii. – 1997. – № 11. – S. 46 – 54.
5. Soldatova G. U. Psihologicheskie mehanizmy ksenofobii / G. U. Soldatova // Psihologicheskij zhurnal. – 2006. – № 6. – S. 5 – 17.
6. Soldatova G. U. Psihodiagnostika tolerantnosti lichnosti. / G. U. Soldatova, L. A. Shajgerova. – M. : Smysl, 2008. – 172 s.
7. Social'naja psihologija / pod red. S. Moskovichi; [per. s fr. T. Smoljanskaja]. – SPb. : Piter, 2007. – 592 s. : il. – (Mastera psihologii).
8. Chornovil A. V. Infekcijni hvorobi. / A. V. Chornovil., R. Ju. Gric'ko. – K. «Medicina», 2012. – 323 s.

Резюме. В статье освещены психологические проблемы лиц, с которыми они сталкиваются при получении ВИЧ-положительного статуса. Психологические расстройства характерны состоянию повышенной агрессивности, желанием причинить вред себе или другим, депрессии, социальной изоляции, синдромом обусловленной слабости, предвзятого отношения окружающих людей.

Ключевые слова: лица с ВИЧ-позитивным статусом; лица с синдромом иммунодефицита, депрессия, толерантность, предубеждения, отношения.

Summary. The psychological problems of people they encounter in obtaining HIV-positive status are researched in the article. The theoretical study discovered mental disorders which are characterized as increased aggression, desire to harm themselves or others, depression, social isolation, helplessness due to the syndrome, prejudice from surrounding people. Empirical studies of the problem was carried out in the Volyn regional center of preventive AIDS Lutsk. We conducted an anonymous questionnaire, which made it possible to find out how patients react when they learn about HIV-positive status. Persons with HIV-positive status are several critical periods after the announcement of the diagnosis. For the first period is characterized by social and psychological

disadaptation with some suicide attempts, desire to infect others. During the second period, patients are locked in itself, is social isolation, avoiding contact. The third period of the disease of addiction, constructive point of view on it. The fourth period - the preparation for death. In our opinion, it is important the participation of psychologists, psychotherapists especially during their last two periods. The next stage of our study was to examine current attitudes of young people to HIV-infected patients. For this purpose, a survey was conducted by the author's method and "Index of Tolerance" H. U. Soldatova, which determines the level of general tolerance of f personality. Results of the survey show students sufficiently high level of positive attitude towards HIV-positive status. It can be argued that they are favorable social conditions shouldn't show prejudice toward patients. The level of tolerance questionnaire responses demonstrate that students with understanding and compassion to treat HIV-positive people. We can assume that this level of positive attitude to such people is because students are more informed about the disease, the causes and conditions of exposure. Forming the general tolerance of personality in contemporary young generation will contribute to an open and impartial attitude towards persons with of Acquired Immunodeficiency syndrome, HIV-positive people.

Key words: persons with HIV-positive status; individuals with immunodeficiency syndrome, depression, tolerance, prejudice, attitude.

УДК 316.612

Н.В. КОРЧАКОВА

ИСТОКИ ДЛИТЕЛЬНЫХ ФОРМ ПРОСОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Освещаются вопросы возникновения первичных форм длительного участия детей в просоциальной деятельности. Анализируются две ранние формы: опекающее поведение и шефская помощь. Программы заботливой опеки зарождаются в дошкольном возрасте. Их адресатом являются братья и сестры раннего и младшего дошкольного возраста. Относительно сверстников такие формы поведения используются реже. В младшем школьном возрасте дети включаются в программы шефской помощи. Эта форма поведения является предиктором более зрелых форм длительного участия детей в просоциальной деятельности, каковым является волонтерство.

Ключевые слова: просоциальное поведение, опекающее поведение, шефская помощь, дошкольный возраст, младшие школьный возраст

Постановка проблемы. На протяжении длительного времени, психологическая наука уделяла много внимания острым проблемам асоциального поведения личности. Изучались вопросы отклоняющегося поведения относительно всех возрастных периодов. Онтогенетическая линия анализа освещала вопросы возникновения виктимизации и преследований в детских коллективах, конфликтного взаимодействия, агрессивного поведения. Не умаляя значение этих изысканий, считаем, что в современном, быстро меняющемся мире, не менее значимым является изучение противоположных тенденций – положительных качеств и поведенческих стратегий, которые лежат в основе нравственного развития личности, гуманизации социального пространства. Одним из таких направлений является изучение психологии просоциального поведения. Это направление сформировалось в зарубежной науке в 70-х годах XX столетия. Просоциальное поведение – уникальная способность человека действовать во благо других, заботиться о них, помогать и сочувствовать. Просоциальное поведение всегда социально ценностное, не смотря на то, что, по своей сущности, не всегда является полностью альтруистическим.

Важным направлением разработки проблемы является изучение особенностей возрастного развития просоциальности, генезиса основных форм просоциального поведения на разных этапах онтогенеза (Nantel-Vivier A. [5]). Интенсификация этой линии исследований начала прослеживаться только в последние годы. Наиболее разработанными являются