



СЕКЦІЯ 7. СПЕЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.922.761

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ІЗ НАБУТИМИ ВАДАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Гасюк М.Б., к. психол. н., доцент,
викладач кафедри загальної та експериментальної психології
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»

Щурик І.М., аспірант
кафедри загальної та експериментальної психології
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»

У статті здійснено аналіз поняття «внутрішня картина здоров'я». Досліджено можливі викривлення внутрішньої картини здоров'я в підлітків із набутими вадами опорно-рухового апарату. Наголошено на зв'язку ВКЗ із феноменом «Я-концепції». Визначені можливі ризики порушення «Я-концепції» в підлітків із набутими вадами опорно-рухового апарату. Наведені основні причини викривлення ВКЗ, його відображення на поведінковому рівні та можливі шляхи психокорекції.

Ключові слова: *внутрішня картина здоров'я, викривлення внутрішньої картини здоров'я, поведінкова стратегія, психокорекція, самооцінка, ставлення до здоров'я, тренінг.*

Гасюк М.Б., Щурик И.М. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

В статье проведен анализ понятия «внутренняя картина здоровья». Исследованы возможные искажения внутренней картины здоровья у подростков с приобретенными нарушениями опорно-двигательного аппарата. Отмечена связь ВКС с феноменом «Я-концепции». Определены возможные риски нарушения «Я-концепции» у подростков с приобретенными нарушениями опорно-двигательного аппарата. Приведены основные причины искривления ВКС, его отражение на поведенческом уровне и возможные пути психокоррекции.

Ключевые слова: *внутренняя картина здоровья, искривление внутренней картины здоровья, поведенческая стратегия, психокоррекция, самооценка, отношение к здоровью, тренинг.*

Hasiuk M.B., Shchuryk I.M. THE PSYCHOLOGICAL TREATMENT FEATURES OF THE INTERNAL PICTURE OF HEALTH IN ADOLESCENTS WITH THE ACQUIRED DEFECTS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM

Formulation of the problem. Today the theoretical and methodological foundations of psychological support for teenagers with acquired defects of the musculoskeletal system are not sufficiently developed in a special psychology, there are not enough improvements on the content and methods of psychocorrection work with children who have the acquired functional disorders. Thus, studying the features of the self-concept of adolescents with acquired defects of the musculoskeletal system, the academic O.I.Kuprieieva concluded that the acquired physical defect is the cause of negative self-attitude, the rejection of his own «Me», the lowering of self-respect which is reflected in the low self-esteem [4].

The analysis of theoretical research allowed the hypothesis that the change of the life quality of the adolescents with the acquired musculoskeletal disabilities may be possible through the change of attitude to themselves as well as to their health. The self-adoption in a new physical state through changing the attitude towards health is a strategy for survival behavior.

Comparative analysis of the structural components of the concepts «attitude to health» and «internal picture of health» allows us to consider them as synonyms, which essentially integrate all the psychological categories of personal health factors. This knowledge is about health, awareness and understanding of the role of health in the human life, understanding the impact of health on social functions, emotional and behavioral reactions. The attitude to health (internal picture of health) is central, but the issues on health psychology are not sufficiently developed so far, especially in the field of age psychology. Scientists ask: how to turn health into a leading, organic, conscious and vital human needs, how to help people form an adequate attitude to their health. And this is especially important in adolescence [2].

The aim of our research is to investigate the correction of internal picture of the health of adolescents with acquired defects of the musculoskeletal system.

Tasks:

1. Theoretical analysis of the concept of internal picture of health.
2. To describe the psychological characteristics of internal picture of the health of adolescents with acquired defects of the musculoskeletal system.

Thus, the internal picture of health in adolescent with acquired defects of the musculoskeletal system is a collection of ideas about the current state of health, complex of emotional disturbances and feelings about it, and a set of behaviors to preserve and restore health. Internal picture of disease is not only a set of emotional disorders, but also certain processes of intellectual manner associated with consciousness, disturbances and attitude to the disease.

There are three types of IPH, two of which are maladaptive and need psychological correction. In the inverted IPH type the psychological correction should be aimed at forming an active strategy for sustaining one's own health, pursuing the adolescent with acquired defects of the musculoskeletal system that his health depends on his own efforts and the expansion of consciousness towards positive trends. In dissociative IPH type the psychologist work with adolescent should be aimed at the adoption of the existence of actual disease and forming the individual-oriented position on one's own health.

Key words: *internal picture of health, distortion of the internal picture of health, behavioral strategy, psychocorrection self-esteem attitude to health, training.*

Постановка проблеми. На сьогодні в спеціальній психології недостатньо розробленими залишаються теоретико-методичні засади психологічного супроводу підлітків із набутими вадами опорно-рухового апарату, бракує доробок щодо змісту та методик психокорекційної роботи з дітьми, які мають набуті функціональні порушення. Так, вивчаючи особливості «Я-концепції» підлітків із набутими вадами опорно-рухового апарату, вчена О.І. Купреєва у своєму дослідженні прийшла до висновку, що набутий фізичний дефект є причиною розвитку негативного самоствалення, неприйняття власного «Я», зниження самоповаги, самоінтересу, що виявляється і в заниженій самооцінці [4].

Аналіз останніх досліджень і публікацій дозволив висунути гіпотезу про те, що змінити якість життя підлітків із набутими вадами опорно-рухового апарату можливо через зміну ставлення як до себе в цілому, так і до свого здоров'я зокрема. Прийняття себе в новому фізичному стані через зміну ставлення до здоров'я є стратегією поведінки самозбереження.

Порівняльний аналіз структурних компонентів понять «ставлення до здоров'я» і «внутрішня картина здоров'я» дозволяє розглядати їх як синонімічні, які інтегрують усі психологічні категорії особистісних чинників здоров'я. Це знання про здоров'я, усвідомлення і розуміння ролі здоров'я у процесі життєдіяльності людини, розуміння впливу здоров'я на соціальні функції, емоційні і поведінкові реакції. Ставлення до здоров'я (внутрішня картина здоров'я) – одне із центральних, проте поки що недостатньо розроблених питань психології здоров'я, особливо в галузі вікової психології. Вчені задаються питаннями: як досягти того, щоб здоров'я стало провідною, органічною та усвідомленою потре-

бою людини протягом її життєвого шляху, як допомогти людям сформувати адекватне ставлення до свого здоров'я. І особливо це важливо в підлітковому віці [2].

Метою нашого дослідження є дослідити специфіку корекції внутрішньої картини здоров'я підлітків із набутими вадами опорно-рухового апарату.

Постановка завдання:

1. Теоретично проаналізувати поняття внутрішньої картини здоров'я.

2. Розкрити психологічні особливості внутрішньої картини здоров'я підлітків із набутими вадами опорно-рухового апарату.

Виклад основного матеріалу дослідження. Дослідженню внутрішньої картини здоров'я присвячені праці науковців І.Б. Бовіної, Д.М. Ісаєвої, А.М. Ковальчука, Г.Т. Красильникова, Г.В. Кукурузи та ін. [4; 6; 7].

За визначенням В.М. Смірної, Т.Н. Резнікової, внутрішня картина здоров'я – це особливе ставлення людини до свого здоров'я, що виражається в усвідомленні його цінності й намаганні його вдосконалити [1; 3]. Нам близьке визначення вчених Г.В. Ложкіна, О.В. Носкова, І.В. Толкунова, які наголошують, що внутрішня картина здоров'я – це сукупність описів, мисленневих образів, що стосуються сутнісних характеристик здорової людини. Це усвідомлення власних ресурсів організму, його потреб, ступеня їх задоволення. Прийняття своїх реальних здібностей, свого призначення [6].

Внутрішня картина здоров'я – це не лише знання своїх можливостей, а й уміння користуватись істинними та нерозкритими резервами. Науковець В.Є. Каган наголошував, що без розуміння ВКЗ неможливо зрозуміти внутрішню картину хвороби [4].

Внутрішня картина хвороби розглядається як сукупність не лише емоційних по-



рушень, але й певних процесів інтелектуального та вольового порядку, пов'язаних зі свідомістю, переживанням і ставленням до хвороби [4]. Основним і первинним компонентом цієї структури є емоційна реакція хворого на факт захворювання. Виникають стани страху, провини, тривоги, депресії. Думки хворого спираються не на логічні закономірності, а на емоційну значущість тих чи інших фактів. Проблеми хвороби займають у ньому непропорційно велике місце, відтісняючи інші проблеми (робота, сім'я, суспільна діяльність). Деякі положення і висновки набувають значення надцінних ідей, які важко піддаються корекції. У людей зі слабкою волею захворювання може призвести до стану пасивності, депресії. У людей із сильною волею спостерігається прийняття і впровадження в життя рішень, спрямованих як на боротьбу з хворобою та раціональне пристосування до життя, так і на розвиток надцінних і маячних ідей [1; 3].

Внутрішня картина хвороби є частиною внутрішньої картини здоров'я. Підліток, приймаючи захворювання, новий стан, проектує уявлення про хворобу і реальні обмеження, інтегрує внутрішню картину хвороби в нову внутрішню картину здоров'я. Здатність побачити хворобу тільки як частину здоров'я є стратегією поведінки самозбереження.

У межах нашої статті ми розглядаємо внутрішню картину здоров'я (ВКЗ) як особливе ставлення особистості до свого здоров'я, яке виражається в усвідомленні його цінності й активно-позитивному прагненні до його вдосконалення. Внутрішня картина здоров'я підлітка з набутими вадами опорно-рухового апарату – це сукупність інтелектуальних уявлень про теперішній стан здоров'я, комплекс емоційних переживань і відчуттів щодо нього, а також сукупність поведінкових реакцій щодо збереження та відновлення здоров'я.

Формування ВКЗ пов'язане з проекцією об'єктивної реальності здоров'я в самосвідомість людини, із суб'єктивним сприйняттям і переживанням свого здоров'я [5]. Під час побудови ВКЗ важливе місце займає схема тіла. Здоровою моделлю ВКЗ підлітка з набутими вадами опорно-рухового апарату – це відсутність/прийняття тілесного дискомфорту в будь-якій частині тіла.

Таким чином, ВКЗ – це сукупність інтелектуальних описів (уявлень) про здоров'я людини, комплекс емоційних переживань і відчуттів, а також її поведінкових реакцій щодо здоров'я. Мова йде про три основні грані ВКЗ [1; 6]:

1. Когнітивна грань. Раціональна сторона ВКЗ являє собою сукупність суб'єк-

тивних думок про причини, зміст, способи збереження, зміцнення та розвитку здоров'я. Когнітивний рівень формує уявлення про самого себе, ставлення до себе, до свого зовнішнього образу, свого тіла, своїх фізичних якостей, відображає рівень самоповаги. Концепція Р. Бернса розкриває когнітивний компонент як знання людини про свої можливості, в тому числі і фізичні.

2. Емоційна грань. Ця чуттєва сторона містить у собі переживання, які пов'язані з комплексом відчуттів, таких як спокій, радість, умиротворення, воля, легкість, симпатія та ін. Р. Бернс наголошує на емоційно-оціночному компоненті (самооцінці), яка відображає порівняння себе людиною з іншими людьми.

3. Поведінкова. Це сукупність прагнень, зусиль, які спрямовані на досягнення важливих цілей. За Р. Бернсом, поведінковий компонент включає конкретні дії, які можуть викликатися образом Я і самооцінкою. Ця грань є важливою для адаптації людини до оточуючої дійсності.

Досліджуючи ВКЗ у підлітків із набутими вадами опорно-рухового апарату, вчені наголошують на впливі на її формування вікових особливостей дітей. Науковець Н.Є. Титаренко відзначила, що підлітки з набутими вадами опорно-рухового апарату в характеристиці здоров'я більше орієнтовані на соціальну активність (можу чи не могу ходити до школи, відвідувати певні гуртки та ін.), вони більшою мірою розуміють необхідність особистої активності для підтримки здоров'я [2].

Існує багато досліджень про співвідношення ВКЗ і ВКХ. Вчені В.М. Смирнов і Т.Н. Резнікова вважають, що ВКЗ існує поряд із ВКХ як протилежна їй модель, як еталон здорової людини чи здорового органу. На їх думку, ВКЗ включається у ВКХ [8].

Вчена О.С. Лісова запропонувала власну багатовимірну теоретичну модель внутрішньої картини здоров'я, що складається з чотирьох компонентів [4].

Так, в основі *сенситивного компонента* лежить схема тіла, психологічний образ тіла, який проявляє себе у відчуттях фізичного комфорту чи дискомфорту, розширених чи обмежених можливостей володіння своїм тілом.

Схема тіла впливає на формування актуального (конкретний стан людини на даний час) та ресурсного (нерозкриті фізичні можливості людини) стану.

Емоційний компонент ВКЗ – це звичні способи переживання людиною власних життєвих ситуацій. Звичний емоційний настрій залежить від субдомінальностей – якісних характеристик внутрішнього світу.

Вчена наголошує, що, роблячи психолого-корекційний вплив на субдомінальність підлітків із набутими вадами опорно-рухового апарату, можна досягти позитивних змін структури досвіду і внутрішніх реакцій дитини на травмуючу ситуацію, аж до реакцій фізіологічного рівня. Таким чином, можна змінити ставлення хворого підлітка до ситуації, що склалася, і активізувати резервні можливості його організму (відкрити нові таланти, здібності, призначення) [3].

Когнітивний компонент ВКЗ представлений усвідомленням складності свого захворювання, ролі психологічних чинників розвитку хвороби і прийняттям факту хроніфікації як неминучості. Також когнітивний компонент характеризується оцінкою інтелектуального потенціалу й реалістичністю сприйняття дійсності [4].

Ціннісно-мотиваційний компонент є ядром внутрішньої картини здоров'я. Переконання і внутрішні цінності є одними з найсильніших стимулів до конструктивної стратегії поведінки, спрямованої на одужання, або можуть провокувати дії, спрямовані на зниження рівня здоров'я. Шляхом переконання, тренінгової, консультативної роботи з підлітками, які мають набуті функціональні порушення, формується переконання, що здоров'я є найвищою цінністю людини, і важливо вибудовувати стратегії оптимізації стану здоров'я. Таким чином, формується прагнення бути здоровим настільки, наскільки це можливо, з прийняттям обмежень хвороби.

Ціннісно-мотиваційний компонент внутрішньої картини здоров'я – це робота над мотивом оздоровлення – волею до життя.

Із переконанням дитини в тому, що здоров'я насправді займає першу позицію в її системі цінностей, її поведінка таким чином буде спрямовуватися на оздоровлення специфічним мотивом – волею до здоров'я.

Доведено, що адекватне, усвідомлене, послідовне емоційно-ціннісне ставлення до себе є необхідною умовою збереження особистісної цілісності, а отже – однією із центральних складових частин внутрішньої картини здоров'я. Це означає, що компоненти «Я-концепції», виділені Р. Бернсом: «Я реальне», «Я дзеркальне» і «Я ідеальне» [3], – повинні бути послідовно узгоджені, не мати великих розривів і діаметрально протилежних характеристик. В іншому випадку відбуваються зміни внутрішньої картини здоров'я, що нерідко проявляється у вигляді депресій, немотивованої агресії, апатії, порушенні контакту з оточуючим соціальним середовищем.

Досліджуючи ВКЗ у підлітків із набутими вадами опорно-рухового апарату, вчені наголошують про вплив на її формування вікових особливостей дітей. Науковець Н.Є. Титаренко відзначила, що підлітки з набутими вадами опорно-рухового апарату в характеристиці здоров'я більше орієнтовані на соціальну активність (можу чи не можу ходити до школи, відвідувати певні гуртки та ін.), вони більшою мірою розуміють необхідність особистої активності для підтримки здоров'я [1; 7].

Здоров'я для здорової людини є звичайним явищем. Вчена Ю.Г. Фролова доводить, що здоровій людині не властиво звертати увагу на тілесні прояви здоров'я [1; 2]. У зв'язку із цим ВКЗ практично здорової людини може бути не настільки чіткою, емоційно яскравою; не мати сформованого ядра, тобто ціннісно-мотиваційного компоненту. У зв'язку з хворобою у структурі ВКЗ підлітків із набутими функціональними порушеннями з'являються нові елементи, за участю яких відображається новий стан організму, – хвороба, коли певна частина ВКЗ трансформується у ВКХ. Хвороба стає домінантною, вона породжує яскравіші образи, її внутрішня картина буде чіткішою і глибшою [6].

Висока чутливість до тілесного образу «Я» в підлітків із набутими вадами, незадоволеність ним призводить до афектних реакцій, таких як схильність до депресивних станів, іпохондрії, фобій, емоційної ізоляції, фрустрованості, агресивності.

Сукупність відчуттів, уявлень і переживань підлітка з приводу свого фізичного вигляду може спотворювати образ «Я». Викривлення образу «Я» проявляється в підлітковому віці по-різному. У деяких підлітків визначальним чинником, що викривляє його «Я-концепцію», є слабка рефлексія, котра виявляється в недостатньому усвідомленні своїх особистісних якостей і неадекватній самооцінці (слабкість самоконтролю поведінки, імпульсивність, низький рівень пізнавальної активності). Усе це негативно відбивається на внутрішній картині здоров'я. Такі підлітки не виявляють інтересу до проблеми здоров'я, фізичного розвитку, проте вони можуть бути чутливі до свого тіла і зовнішності [7].

Вчені Кукуруза Г.В., Кирилова О.О., досліджуючи внутрішню картину здоров'я, виділили три типи внутрішньої картини здоров'я, які відображають варіанти ставлення підлітків із вадами до свого здоров'я та описуються параметрами, які співвідносяться з динамічними шкалами ВКЗ [1; 2]:

1) особистісна позиція щодо здоров'я;



2) визначення джерела відповідальності за стан власного здоров'я;

3) стратегія підлітка по відношенню до підтримки та збереження власного здоров'я;

4) уявлення про власне здоров'я в континуумі «здоров'я-хвороба».

Особистісна позиція щодо здоров'я визначається особливостями привласнення індивідом знань та уявлень про здоров'я та може бути *індивідуально орієнтованою* або *соціально орієнтованою*.

Індивідуально-орієнтована позиція характеризує сформованість особистісного погляду на своє здоров'я, коли підліток визначає поняття «здоров'я» через власне здоров'я. *Соціально-орієнтована позиція* щодо здоров'я характеризується використанням соціокультурних стереотипів та шаблонів під час опису власного здоров'я [1; 2].

За наявності *особистісної позиції* щодо здоров'я проявляється локус контролю власного здоров'я або схильність індивіда до приписування відповідальності за стан власного здоров'я. Джерелом формування здоров'я можуть бути внутрішні, особистісні фактори, або стан здоров'я індивіда залежить від впливу зовнішніх факторів [1; 4].

За наявності *соціально-орієнтованої позиції* щодо здоров'я локус контролю власного здоров'я визначений бути не може, але можна визначити переконання індивіда щодо залежності здоров'я, як загального поняття, від зусиль людини чи наявності впливу зовнішніх факторів середовища [2].

Стратегія підлітка по відношенню до підтримки та збереження власного здоров'я розподіляється на стратегію активних дій та пасивну стратегію.

Активна стратегія визначалася тоді, коли для збереження та підтримки здоров'я передбачалися дії, які могли позитивно впливати на здоров'я в разі спрямованості на здоровий спосіб життя або негативно впливати на здоров'я підлітка, якщо це руйнівна поведінка по відношенню до власного здоров'я.

Наприклад, якщо це активна стратегія, то спостерігаються висловлювання: «Я займаюсь лікувальною фізичною культурою», «Я правильно і регулярно харчуюсь», «Я лікуюсь і старанно виконую призначення лікаря».

Активна негативна стратегія: «Я часто вживаю нездорову їжу», «Я граю цілими днями в комп'ютерні ігри» [1].

Пасивна стратегія визначалася прагненням до збереження та підтримки здоров'я, декларуванням здорового способу життя

без наявності елементів поведінки або відмовою від будь-яких дій, які спрямовані на підтримку здоров'я внаслідок заперечення наявності захворювання.

Уявлення підлітка про власне здоров'я в континуумі «здоров'я/хвороба» характеризується різними варіантами включення в семантичний простір поняття «здоров'я» уявлень про хворобу: хвороба виключена із семантичного простору уявлень про здоров'я; образ здоров'я підміняється або вичерпується образом хвороби, тобто підліток ідентифікує своє здоров'я з хворобою; суб'єктивні уявлення підлітка про здоров'я містять обидві складові частини: і здоров'я, і хворобу [4].

Як наголошують Кукуруза Г.В., Кирилова О.О., особливе сполучення вищезазначених параметрів визначає кожний тип внутрішньої картини здоров'я. Так, тип 1 характеризується індивідуально-орієнтованою особистісною позицією, пасивною позитивною стратегією щодо підтримки та збереження власного здоров'я, ідентифікацією свого здоров'я із хворобою, сфокусованістю свідомості лише на хворобі та переконанням залежності власного здоров'я від впливу зовнішніх факторів. Цей тип ВКЗ можна розцінювати як *інвертований*, бо образ здоров'я підміняється образом хвороби [2].

Тип 2 характеризується індивідуально-орієнтованою особистісною позицією, сполученням пасивної і активної позитивних стратегій щодо підтримки та збереження власного здоров'я, присутністю в уявленнях про здоров'я обох складових частин: і здоров'я, і хвороби, та переконанням залежності свого здоров'я від власних зусиль та особистісних факторів [2].

Цей тип ВКЗ можна розцінювати як цілісний, бо уявлення підлітка з функціональними порушеннями про здоров'я в ситуації наявності захворювання містять обидві складові частини: і здоров'я, і хворобу. Наявність активної стратегії щодо підтримки та збереження власного здоров'я, прагнення до здорового способу життя та переконання залежності свого здоров'я від власних зусиль робить цей тип ВКЗ адаптивним.

Тип 3 характеризується соціально-орієнтованою особистісною позицією з пасивною стратегією щодо підтримки та збереження власного здоров'я, як позитивною, так і негативною, що включає декларування здорового способу життя без наявності дій, спрямованих на підтримку власного здоров'я та заперечення наявності захворювання, та переконанням залежності здоров'я від зусиль людини [1].

Висновки з проведеного дослідження.

Таким чином, внутрішня картина здоров'я підлітка з набутими вадами опорно-рухового апарату – це сукупність інтелектуальних уявлень про теперішній стан здоров'я, комплекс емоційних переживань і відчуттів щодо нього, а також сукупність поведінкових реакцій щодо збереження та відновлення здоров'я. Внутрішня картина хвороби розглядається як сукупність не лише емоційних порушень, але й певних процесів інтелектуального та вольового порядку, пов'язаних зі свідомістю, переживанням і ставленням до хвороби.

Виділено чотири типи ВКЗ, два з яких є дезадаптивними і потребують психологічної корекції. За наявності інвертованого типу ВКЗ психологічна корекція повинна бути спрямована на формування активної стратегії щодо підтримки та збереження власного здоров'я, переконання підлітка із набутими вадами опорно-рухового апарату в залежності здоров'я від власних зусиль та розширення свідомості в бік позитивних тенденцій. У випадку дисоціативного типу ВКЗ робота психолога з підлітком повинна бути спрямована на прийняття факту наявності актуального захворювання та формування індивідуально-орієнтованої позиції щодо власного здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Кукурудза Г.В., Беляєва О.Е., Кирилова О.О., Циліорик С.М. Внутрішня картина здоров'я дітей і підлітків як психологічний феномен. *Наук. зап. Ін-ту психології АПН України*. 2007. Вип. 32. С. 148–157.
2. Кукурудза Г.В., Беляєва О.Е., Кирилова О.О., Циліорик С.М. Образ здоров'я у хлопців із затримкою фізичного та статевого розвитку. *Медицинская психология*, 2007. Т. 2. С. 87–89.
3. Колотій Н. Формування психологічного здоров'я особистості. *Вісник ХДПУ ім. Г.С. Сковороди. Психологія*. 2001. Вип. 6. С. 143–148.
4. Лісова О.С. Психологічні особливості внутрішньої картини здоров'я в осіб з виразковою хворобою: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.04 «Медична психологія». Харків, 2008. 20 с.
5. Лісова О.С. Внутрішня картина здоров'я // *Психологія. Збірник наукових праць НПУ імені М.П. Драгоманова*. Київ, 2002. Вип. 15. С. 69–77.
6. Методика дослідження внутрішньої картини здоров'я підлітків: метод. рек. ДУ«ІОЗДП АМНУ»/ уклад. Г.В. Кукуруза. Київ, 2008. 24 с.
7. Нагорна А.М., Беспалько В.В. *Репродуктивне здоров'я та статеве виховання молоді*. Київ, 2004. С. 3–11.
8. Смирнов В.М. Основные принципы и методы психологического исследования внутренней картины болезни / под ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова. Л.: Медицина, 1983. С. 38–62.

УДК 159.923

ФОРМУВАННЯ ЖИТТЄВОГО ЦІЛЕПОКЛАДАННЯ У ПІДЛІТКІВ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Дрозд Л.В., аспірант кафедри корекційної освіти
Херсонський державний університет

Дослідження присвячено розробленню та апробації корекційної програми з формування життєвого цілепокладання у підлітків з інтелектуальними порушеннями. У статті висвітлено методичні та теоретичні засади зазначеної програми. Основна мета створення програми полягала у визначенні основних умов і розробці методики формування життєвого цілепокладання у підлітків у процесі спеціально організованих корекційних занять та перевірки їх ефективності на базі спеціальних загальноосвітніх шкіл, а надалі в умовах інклюзивного навчання. Запропоновано етапи проведення занять із формування життєвого цілепокладання. Визначено умови позитивного впливу корекційної програми на формування майбутніх цілей у підлітків з інтелектуальною недостатністю.

Ключові слова: *життєве цілепокладання, підлітки, інтелектуальні порушення, корекційна програма.*

Дрозд Л.В. ФОРМИРОВАНИЕ ЖИЗНЕННОГО ЦЕЛЕПОЛАГАНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Исследование посвящено разработке и апробации коррекционной программы по формированию жизненного целеполагания у подростков с интеллектуальными нарушениями. В статье освещены методические и теоретические основы указанной программы. Предложены этапы проведения занятий по формированию жизненного целеполагания у подростков с интеллектуальными нарушениями. Раскрыты результаты диагностики причин недоразвития процесса целеполагания, а именно – нарушение эмоционально-волевой, мотивационной сферы, отсутствие и слабость самоконтроля, импульсивность,