

2. Kimmel M. Genderne suspil'stvo / M. Kimmel. – K. : Sfera, 2003.
3. Kon I. S. Rebenok i obshhestvo: istoriko-jetnograficheskaja perspektiva / I. S. Kon. – M. : Nauka, 1988.
4. Konnel R. Sovremennye podhody. Hrestomatija feministicheskikh tekstov. Perevody / R. Konnel. – SPb. : Dmitriy Bulanin, 2000.
5. Lavrinenko N. V. Genderni stereotipi masovoji svidomosti / N. V. Lavrinenko // Ukraïns'ke suspil'stvo : monitoring. – K. : I-nt sociologji NAN Ukraïni, 2000.
6. Majers D. Social'naja psihologija / D. Majers. – SPb. : Prajm-Evroznak, 2002.
7. Paludi M. Psihologija zhenshiny / M. Paludi. – SPb. : Prajm-Evroznak, 2003.
8. Williams J., Best D. Measuring Sex Stereotypes. A Multinational Study / J. Williams, D. Best. – Nebury Park : Sage Publications, 1990.

Zelynska G.K. Socio-psychological characteristics of gender stereotypes of boys and girls. *We consider the specificity of the social and psychological characteristics of gender stereotypes. The social-psychological meaning and reasons for the use of gender stereotypes of young people at a personal, social group and community levels. It traces the stages of formation and consolidation of gender-role stereotypes in society, the source of which is historically constituted, social and genetic memory, through which the gender-stereotyped education of boys and girls. The tendencies of gender stereotypes to positive and negative consequences. Deals with that in terms of socio-psychological characteristics, gender stereotypes in understanding the quality and characteristics of the normative patterns of behavior, generalized thoughts, opinions, people's ideas about what different people from women. It has been shown that modern society is characterized by radical reassessment of the importance of gender-stereotyped role of established norms, standards and values of the opposite sex. Noted that the indicator really democratic society deemed realization of the idea of gender equality in mizhstatevyh relationships, providing both sexes equal rights, equal opportunities for free and valuable existence.*

Key words: Gender-role stereotypes, gender role, gender-binary oppositions, femininity, masculinity, androhidnist.

Отримано: 10.05.2014 р.

УДК 159.942.5:616.853

Зінченко А.

КОРЕКЦІЯ ТРИВОЖНОСТІ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ

Зінченко А. Корекція тривожності хворих на епілепсію. У статті розглядається питання поширеності депресії серед хворих на епілепсію, описуються страхи пацієнтів та їх причини, зв'язок побую-

вань з труднощами в соціальній реабілітації. Виділені три основні взаємобумовлені рівні подолання тривожності. Описані психотерапевтичні вправи, націлені на зняття високої напруги пацієнтів, що мають підвищену тривожність (присмний спогад, переінтерпретація симптомів тривожності, контроль голосу і жести, репетиція, переформулювання мети та інші). Подано перелік вправ для підвищення впевненості хворих на епілепсію та висвітлена ефективність лікування засобами раціональної терапії, особливо індивідуального переконання, дієвість індивідуальних консультацій.

Ключові слова: депресія, депресивні стани, іпохондричні стани, тривожні розлади, рівні подолання тривожності, психотерапевтичні вправи, раціональна терапія, індивідуальна консультація.

Зинченко А. Коррекция тревожности больных эпилепсией. В статье рассматривается вопрос распространённости депрессии среди больных эпилепсией, описываются страхи пациентов и их причины, связь опасений с трудностями в социальной реабилитации. Выделены три основные взаимосвязанные уровни преодоления тревожности. Описаны психотерапевтические упражнения, направленные на снятие высокого напряжения у пациентов, которые имеют повышенную тревожность (приятное воспоминание, переинтерпретация симптомов тревожности, контроль голоса и жестов, репетиция, переформулирование цели и т.д.). Подан перечень упражнений для повышения уверенности больных эпилепсией, раскрыта эффективность лечения средствами рациональной терапии, в частности индивидуального убеждения, действенность индивидуальных консультаций.

Ключевые слова: депрессия, депрессивные состояния, ипохондрические состояния, тревожные расстройства, уровни преодоления тревожности, психотерапевтические упражнения, рациональная терапия, индивидуальная консультация.

Постановка проблеми. Робота з депресивними та іпохондричними станами – ще один з напрямків психологічної допомоги хворим на епілепсію. Депресія досить часто зустрічається при епілепсії і значною мірою впливає як на захворюваність, так і на соціальну адаптацію хворих. Поширеність депресії варіює від 20 до 55% у пацієнтів з погано контрольованими нападами, що значно вище, ніж у загальній популяції (2-4%). Крім того, у пацієнтів з медикаментозною ремісією цей показник коливається від 3 до 9% (Dudra-Jastrzebska M. [2]). Останні дослідження показали, що і депресія, і епілепсія можуть бути викликані одними й тими ж причинами. Сьогодні виявлено низку загальних для епілепсії і депресії патогенетичних механізмів (Kanner A.M. [3]).

Депресія і тривожні розлади значною мірою впливають на якість життя пацієнтів з епілепсією, приводячи до зростання кількості суїцидів. За різними даними, від 5 до 14% пацієнтів з епілепсією кінчають життя

самогубством або здійснюють спробу суїциду (у порівнянні з 1,1 до 1,2% у загальній популяції).

Метою статті є розкриття системи психотерапевтичної роботи з хворими на епілепсію, спрямованої на зняття високої напруги пацієнтів, що мають підвищену тривожність.

Виклад основного матеріалу. Корекція тривожності проводилася у тих випадках, коли виступала основною перешкодою у підвищенні соціального статусу епілептичнохворого, завадою у пошуках роботи, супутника життя, друзів тощо. У цьому зв'язку робота з подолання тривожності здійснюється на трьох взаємопов'язаних і взаємоумовлених рівнях:

- навчання пацієнта прийомам і методам оволодіння хвилюванням, підвищеною тривожністю;
- розширення функціональних і операційних можливостей, формування необхідних навичок, умінь, знань, що ведуть до підвищення результативності діяльності, створення "запасу міцності";
- підвищення самооцінки і мотивації.

У процесі проведення психотерапевтичної роботи з хворими на епілепсію були використані наступні вправи, націлені на зняття високої напруги пацієнтів, що мають підвищену тривожність, а саме:

1. "Переінтерпретації" симптомів тривожності. Часто людей з підвищеною тривожністю деморалізують перші ознаки появи цього стану. У багатьох випадках виявляється корисним розповісти, пояснити їм, що це ознаки готовності людини діяти (ознаки активації), цей стан відчувають більшість людей, він допомагає оцінити ситуацію і вибрати правильне рішення.

2. "Налаштування на певний емоційний стан". Пацієнту пропонується подумки пов'язати схвилюваний, тривожний емоційний стан з однією мелодією, кольором, пейзажем, якимось характерним жестом; спокійний, розслаблений – з іншим, а впевненість, "перемогу" – з третім. При сильному хвилюванні спочатку згадати перше, потім друге, потім переходити до третього, повторюючи останній кілька разів.

3. "Приємний спогад". Хворому пропонується уявити ситуацію, в якій вона відчувала повний спокій, розслаблення і якомога яскравіше згадати всі відчуття, що супроводжували цю ситуацію.

4. "Контроль голосу і жестів". Пацієнту пояснюється, як за голосом і жестами можна визначити емоційний стан людини. Розповідають, що впевнений голос і спокійні жести можуть мати зворотній вплив – заспокоювати, надавати впевненості. Вказують на необхідність тренування зміни жестів перед дзеркалом, особливо перед ситуаціями, що посилюють тривожність.

5. "Посмішка". Ця вправа продовжує значення попередньої. Вона націлена на тренування управлінням м'язами обличчя. Людині пропонують ряд стандартних вправ для розслаблення м'язів обличчя і пояснюють значення усмішки для зняття нервово-м'язового напруження.

6. "Дихання". Цій вправі передує розповідь психолога про значення ритмічного дихання, пропонуються способи використання дихання для зняття напруження. Наприклад, робити видих удвічі довший, ніж вдих; у випадку сильного напруження зробити глибокий видих удвічі довшим; у випадку сильного напруження зробити глибокий вдих і затримати дихання на 20-30 секунд.

7. "Репетиція". За допомогою психолога та навідних питань пацієнту пропонується уявити ситуацію, яка викликає тривогу з неприємними моментами, що викликають напруження, прорепетиувати її. В уяві в усіх подробицях "прокручуються" важкі моменти і ретельно продумується власна поведінка. Психолог може допомогти програти таку ситуацію не тільки в уяві, але й виконуючи роль фрустратора (наприклад, когось з родичів, начальників, знайомих тощо). Така робота повинна проводитися делікатно, без провокацій з боку психолога, оскільки епілептичнохвора людина є нетерплячою, часто перериває співрозмовника, може бути незадоволена співрозмовником.

8. "Абсурд". Доведення ситуації до абсурду, до сміху є ефективним у роботі з тривожною особистістю, проте у ситуації з епілептичнохворими потребує також обережності з боку психолога. Варто зважати на ступінь збереження інтелекту, оскільки ефективність цієї вправи залежить від розвинутого почуття гумору, яке, як відомо, є корелятом інтелектуальних здібностей. Перепонами до їх застосування може стати низька самокритичність епілептичної особистості, підвищена агресивність. Тому дані вправи рекомендуємо використовувати у надіндивідуалізованому порядку.

9. "Переформулювання мети". Однією з причин підвищеної тривожності людей, хворих на епілепсію в тому числі, є зосередженість на тому, як вони виглядають в очах інших, як оцінюють їх як особистість, їх роботу, поведінку тощо. Щоб уникнути неприємностей (переважно уявних), людина воліє краще відмовитися від дії, роботи, спілкування. Тим самим погіршується її соціальне становище. У зв'язку з цим ефективними є вправи на тренування уміння чітко формулювати мету своєї поведінки у тій чи іншій ситуації, по можливості відволікаючись від себе. Наприклад, у ситуації, коли потрібно виконати певне завдання чи пройти співбесіду на роботу, мету "Я повинен це зробити якнайкраще" чи "Я повинен сподобатися і пройти успішно співбес-

іду" можна замінити на "Я зроблю цю роботу найстаранніше, не зважаючи на оцінку оточуючих" або "Я пройду співбесіду, щоб знати, чи можу займати цю посаду". Часто негативний результат діяльності зовсім не свідчить, що з людиною щось не так, або вона є неповноцінною. Інколи працедавець може мати свої мотиви відмови, які не стосуються фаховості або особистості того, кому відмовили. У такій роботі варто підкреслювати відносність і зовнішніх оцінок, і значення "перемоги" чи "поразки". Інколи суттєвою перемогою є подолання своєї невпевненості, сором'язливості, підвищення соціальної активності. Можна бути прийнятим на роботу, але залишитися невпевненим та боязким, що все одно рано чи пізно позначиться на майбутніх результатах. Висновок – краще розвивати свої сильні сторони, долаючи слабкі, ніж переживати за ситуативну невдачу.

10. "Тривога персонажа". Така вправа показана тим, хто має приховану за агресією тривожність або витіснену, проєктовану назовні. Є пацієнти, які за даними психодіагностики показали підвищений рівень тривожності, що корелює з підвищеною агресивністю. Їх тривожність проявляється у прихованій формі – вони її не визнають, стверджують, що не відчують, але постійно мають ряд соціальних невдач. Для роботи з такими пацієнтами краще починати працювати опосередковано, через персонажі картинок, літературних творів, героїв відомих кінофільмів. Спочатку треба обговорити переживання чи вчинки персонажів за схемою: Що сталося з героєм? Що він переживає, думає? Успішно чи неуспішно він діяв у цій ситуації? Яка причина? Що він повинен був зробити? Потім пропонується застосувати цю схему по відношенню до себе, до своїх власних ситуацій. Потім можна запропонувати записувати ці спостереження у щоденник і включати їх до самоаналізу або обговорювати з психологом. При небажанні пацієнтів вести записи наполягати на цьому не потрібно, тому що пацієнт знову може замкнутися у собі та відмовитись від подальшої роботи.

Для підвищення впевненості епілептичних пацієнтів ми використовували наступні вправи:

1. "Моя перевага..., моя слабкість...". Пацієнту пропонується знайти свої сильні та слабкі сторони, зізнатися собі в них і сформулювати свої цілі. Наприклад, "Моя перевага в тому, що маю вищу освіту і знаю дві іноземні мови, моя слабкість в тому, що я нерішуча, щоб займатися з учнями". Мета: "Я можу розпочати роботу з одним учнем, щоб набути впевненості у своїх силах" (приклад роботи з Аллою М., 27 років).

2. "Мої плани". Часто невпевненість особистості є породженням незнання нею того, чого вона хоче. У вправі пропонується сформулю-

вати людині те, що є для неї цінним, у що вона вірить, яким би хотіла бачити своє життя. Проаналізувавши плани, варто оцінити їх з точки зору сьогоденішнього дня, щоб визначитися з кроками дії та критеріями прогресу, що намітився, простеживши динаміку змін.

3. "Докопатися до коріння". Пацієнту пропонується, проаналізувавши свої проблеми на роботі, спілкування тощо, розібратися, чим вони викликані. Визначитися, які перешкоди є об'єктивними, а тому їх варто прийняти як умови, а які є результатом уявлення про ситуацію, а тому вони піддаються корекції. Людині пропонується зрозуміти і пробачити тих, хто змусив її страждати або не надав допомоги, хоч і міг би. Пробачити собі минулі помилки, промахи й гріхи. Після того, як важкі спогади були проаналізовані, пропонується їх забути і не повертатися до них. Вказується на те, що погане минуле живе у пам'яті лише до тієї пори, поки людина не звільниться від нього. Краще звільнити місце для спогадів про колишні успіхи, хоч і невеликі.

4. "Не піддаватися". Почуття провини і сорому не допоможуть досягти успіху. Пацієнтам пропонується не піддаватися цим почуттям.

5. "Переоцінка". Кожну подію можна оцінити по-різному. Реальність складається з нашого уявлення про неї і може видаватися досить суб'єктивною. Часто ми оцінюємо ситуацію з огляду на встановлені стереотипи, тоді як реальність може бути різною. Такий погляд дозволить терпиміше ставитися до людей, великодушніше переносити те, що може здатися принизливим.

6. "Ніколи не кажіть про себе погано". Пацієнтам пропонується не приписувати собі негативних рис: я "дурний", "потворний", "невдаха", "невиправний" тощо.

7. "Конструктивна критика". Наші дії можуть підлягати будь-якій оцінці. Критика на нашу адресу може бути конструктивною, якщо вона не зачіпає нашу особистість у цілому. Конструктивна критика допомагає краще розібратися в собі, отримати зворотній зв'язок від оточення, що є важливим для перевірки власної самооцінки, але це не привід засмучуватися і впадати у відчай.

8. "Поразка може виявитися удачею". Поразка, невдача може мати позитивні наслідки, сигналізуючи про помилковість цілей, перебільшення прагнень. Інколи маленькі поразки дозволяють уникнути можливих подальших більших неприємностей.

9. "Уникання". Не завжди варто доводити іншим людям свої переваги, якщо вони їх не сприймають і змушують вас відчувати свою неповноцінність. Якщо вам не вдається змінити їх уявлення про себе, краще просто таких стосунків уникати.

10. "Протягніть руку допомоги іншим". Навколо нас завжди є люди, які потребують допомоги. Це самотні пенсіонери, інваліди, матері з маленькими дітьми тощо. Для того, щоб відчути свою значущість, варто знайти тих, хто потребує вашої допомоги. Поділившись своєю увагою, своїм часом, можна відчути підвищення власної значущості, а вдячність інших знизить невпевненість у собі. Будьте відкритими для такого обміну.

11. Не варто занадто ретельно охороняти і плекати своє "Я" – воно набагато міцніше і пластичніше, ніж нам здається. Психіка гнучка і не така ламка. Іноді краще відчути невеличкі короткочасні удари долі, ніж залишатися у бездіяльності та ізоляції.

12. "Впевненість у собі". Не залишайте без уваги кожен свій успішний крок і не забувайте підбадьорити й похвалити себе. Не бійтеся опинитися нескромним, адже вас ніхто не почує. Впевненість у собі надає людині сил для звершень і сором'язливість відступає [1].

Хворі епілепсією бояться нападів і постійно чекають на їхню появу. Нерідко навіть при досягненні медикаментозної ремісії проходять місяці або навіть роки, поки у пацієнта з'являється відчуття упевненості в тому, що у нього не розвинеться напад. Вони бояться бути звільненими (і не без підстав!) або кинутими своїми партнерами. Нам знайома ситуація, коли пацієнт, маючи успішну соціальну адаптацію, не хотів скасовувати антиконвульсанти навіть при наявності медикаментозної ремісії протягом восьми років, відчуваючи страх повернення нападів. Страх пацієнтів з епілепсією пов'язані зі страхом смерті, отримання травми під час нападу, пограбування, безпорадності на вулиці, зіткнення з проявами нетерпимості з боку оточуючих. Це нерідко призводить до того, що багато пацієнтів тижнями не виходять з будинку, миряться зі своїм станом, втрачаючи віру в лікування і можливість поліпшення свого стану. Це створює труднощі в соціальній реабілітації такого пацієнта, ускладнює навчання і пошук роботи. При цьому нерідко пацієнти, навіть з частими нападами, не дотримуються схеми лікування, порушують медикаментозний режим, з упередженням ставляться до нових протиепілептичних препаратів, побоюючись погіршення ситуації або побічних ефектів. Тому в роботі з епілептичнохворим показаним напрямком психологічної допомоги є підвищення мотивації медикаментозного лікування. Таку допомогу ми досягали засобами раціональної терапії, особливо індивідуального переконання.

Висновки. Як засвідчує наш досвід, індивідуальні консультації є дієвішими, ніж загальні лекції про необхідність дотримання режиму протиепілептичної терапії. У цьому випадку хворий відчуває більшу зацікавленість лікаря чи психолога його власним життям, стає органі-

зованішим. Ефективними виявилися започатковані у відділенні заходи, з допомоги сусідів по палаті в дотриманні режиму, з одного боку, та впровадження цієї допомоги членами родини поза стаціонарним лікуванням. Родичам підкреслювалося, що їх турбота й увага до хворого не повинні переростати в гіперопіку, але в той же час неприпустимо заохочувати байдуже ставлення хворого до свого здоров'я. Виходячи з надіндивідуалізованої картини перебігу як самого захворювання, так і соціальної адаптації, надання психологічної допомоги хворим на епілепсію проводилося переважно за індивідуальною схемою, з урахуванням основних потреб хворого та членів його сім'ї.

Список використаних джерел

1. Психотерапия при эпилепсии [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medicalplanet.su/neurology/702.html>.
2. Dudra-Jastrzebska, M. et al. Mood disorders in patients with epilepsy/ M. Dudra-Jastrzebska et al. // Pharmacological reports. – 2007. – P. 369-378.
3. Kanner, A.M. Depression and Epilepsy: A New Perspective on Two Closely Related Disorders. / A.M. Kanner // Epilepsy Currents. – Vol. 6. – N 5 (September/October) 2006. – P. 141-146.

Spisok vikoristanix dzherel

1. Psihoterapija pri jepilepsii [Elektronnij resurs]. – Rezhim dostupu : <http://medicalplanet.su/neurology/702.html>.
2. Dudra-Jastrzebska, M. et al. Mood disorders in patients with epilepsy/ M. Dudra-Jastrzebska et al. // Pharmacological reports. – 2007. – R. 369-378.
3. Kanner, A.M. Depression and Epilepsy: A New Perspective on Two Closely Related Disorders. / A.M. Kanner // Epilepsy Currents. – Vol. 6. – N 5 (September/October) 2006. – R. 141-146.

Zinchenko A.. Correction of anxiety people with epilepsy. In this article discusses the question prevalence of depression among people who suffer with epilepsy, describes fears of patients and their reasons, connection of fears with difficulties in social rehabilitation. Indicates that depression and anxiety widely spread among patients with epilepsy (prevalence varies from 20 to 55% among patients with badly control attacks, among patients with medical remission this index varies from 3 to 9%) and significantly effects on quality of life and social adaptation this patients. Allocates three main interrelated levels of overcoming anxiety. Describes psychotherapeutic exercises, aimed to remove high tension of patients, who have increased anxiety level (pleasant memory, reinterpretation symptoms of anxiety, control

of voice and moves, rehearsal, reforming of aim and so on). Submit list of exercises to increase confidence people with epilepsy (my advantages and weakness, my plans, revaluation, effective critic and so on). Describes fears of patients with epilepsy about attacks and their unpredictability, uncontrollability of appearance. Mentions about importance in work with epileptic people such direction of psychological help as increasing motivation of medical treatment. Lighted the effectiveness of treatment with help of rational therapy, especially individual insurance (in such situation patient feels that doctor or psychologist is more interested in his own life, becomes more organized), effectiveness of individual consultation, given examples of work with social surroundings people with epilepsy (family, neighbors in ward).

Key words: *depression, depression and hypochondriac states, anxiety disorders, levels of overcoming anxiety, psychotherapy exercise, rational therapy, individual consultation.*

Отримано: 28.04.2014 р.

УДК 925 : 159.923

Івашкевич Е.З.

РЕЦЕНЦІЯ ПРОБЛЕМИ СТРУКТУРИ СОЦІАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ ПЕДАГОГА

Івашкевич Е.З. Реценція проблеми структури соціального інтелекту педагога. У статті окреслено особливості прояву соціального інтелекту індивіда у міжособистісній взаємодії. Описано особливості та детермінанти становлення соціального інтелекту. Охарактеризовано соціальний інтелект педагога з урахуванням його комунікативної компетентності. Запропоновано та описано авторську концепцію соціального інтелекту, яка передбачає, що соціальний інтелект вміщує когнітивну, мнемічну та емпатійну підструктури.

Ключові слова: загальний інтелект, соціальний інтелект, міжособистісна взаємодія, комунікативна компетентність, когнітивна, мнемічна та емпатійна підструктури соціального інтелекту.

Івашкевич Э.З. Реценция проблемы структуры социального интеллекта педагога. В статье описаны особенности проявления социального интеллекта индивида в межличностном взаимодействии. Описаны особенности и детерминанты становления социального интеллекта. Дана характеристика социального интеллекта педагога с учётом его коммуникативной компетентности. Предложена и описана авторская концепция социального интеллекта, которая предполагает, что социальный интеллект включает когнитивную, мнемическую и эмпатийную подструктуры.

Ключевые слова: общий интеллект, социальный интеллект, межличностное взаимодействие, коммуникативная компетентность, когнитивная, мнемическая, эмпатийная подструктуры социального интеллекта.