

nature of activity observed at the age of 3 to 4 years. Children who have been successful in activity more focused on generating new potentially successful models. Evaluation given by parents is crucial for the development of skills throughout childhood. These components are regarded as essential prerequisites for the development of creative abilities.

Keywords: pre-school age, creative capacities, programme of valuable support of the development of creative capacities.

Подано до редакції 15.04.2014

УДК 159.923.2

В. Г. Сенкевич

ЕМПАТІЙНІСТЬ У СТРУКТУРІ РЕАГУВАННЯ МОЛОДІ НА НЕБЕЗПЕКУ ЩОДО УРАЖЕННЯ ВІЛ

У статті розглядається проблема реагування молоді на небезпеку щодо ураження ВІЛ, досліджується феномен емпатійності у системі суб'єктних ставлень, зокрема з'ясовується місце емпатійності у виборі стратегії реагування на небезпеку щодо ураження ВІЛ.

Ключові слова: небезпека щодо ураження ВІЛ, емпатійність, ставлення, довіра, асертивність, стратегія реагування.

Постановка проблеми. Сьогодні змушує молодь шукати власні орієнтири у складних соціальних взаємодіях, добре розбиратися в емоційних станах інших людей, демонструвати впевнену позицію безпечної поведінки та постійно підкріплювати власну захищеність здобутими знаннями і навичками. Поширення ВІЛ серед молодих людей в Україні є більшим, ніж серед їхніх однолітків у країнах Західної та Центральної Європи: втричі більшим у молодих жінок та вдвічі більшим у молодих чоловіків [8, с.27]. Основними ризиками інфікування молодих українців є вживання ін'єкційних наркотиків та незахищені сексуальні стосунки [1; 8].

Соціально-психологічні дослідження стрімкого поширення ВІЛ-інфекції серед юнаків та підлітків акцентують увагу на високій вразливості саме цієї вікової групи, внаслідок інтенсивного сексуального розвитку та початку формування власної системи цінностей [12, с.6], орієнтованої на постконвенційну мораль. За такої ситуації надзвичайно важливим є досягнення ефективності у проведенні превентивних заходів ураження ВІЛ серед загалу населення і, особливо – серед осіб юнацького віку.

Низка дослідників (Л.П. Бутузова, І.В. Гришаєва, F.V.van der Velde, M.M.Dolicini, J.A.Catania та ін.) виокремлює у переліку чинників безпечної щодо ураження ВІЛ поведінки адекватне особистісне ставлення індивіда до проблем ВІЛ/СНІДу [12, с.13]. Фактично – це оцінка індивідом ймовірності настання негативних наслідків у небезпечній ситуації, його здатність до контролю, що імплементується емоційним сприйняттям загрози. Реагування на небезпеку відбувається на фоні прислухання до стану іншої людини,

пояснення собі мотивів її поведінки, балансування між «захиститися» (потреба у захисті) і «не образити» (потреба в афіліації). Емпатійність, як здатність проникнутися емоційним станом Іншого, складає підґрунтя для прийняття кінцевого рішення – ризикувати чи не ризикувати у ситуації реальної небезпеки. Емпатія займає важливе місце у структурі моральної свідомості особистості, може обумовлювати як асоціальну, так і просоціальну поведінку, сприяти безпеці або наражати на небезпеку [5]. Такий контекст вивчення емпатійної детермінації реагувань на небезпеку щодо ураження ВІЛ, зокрема у юнацькому віці, вважається нами досить перспективним, проте недостатньо поданим у психологічній науці.

Мета нашого дослідження полягає у визначенні місця емпатійності в структурі реагування молоді на небезпеку щодо ураження ВІЛ.

Об'єкт дослідження: реагування молоді на небезпеку щодо ураження ВІЛ.

Предмет дослідження: емпатійна детермінація вибору стратегії реагування.

Дослідження вирішує ряд завдань:

1. Дослідження феномену емпатійності у системі суб'єктних ставлень, характер взаємопов'язаності емпатійності з довірою та асертивністю.

2. З'ясування особливостей прояву емпатійності та ставлення до небезпеки ураження ВІЛ в юнацькому віці.

3. Визначення місця емпатійності у структурі реагування на небезпеку.

Виклад основного матеріалу дослідження. Ставлення до небезпеки ураження ВІЛ опосередковані як особистісними – емоційними, когнітивними і

поведінковими характеристиками суб'єкта, так і ситуацією його існування. Ситуація існування – це не лише об'єктивна загроза інфікування ВІЛ, але й оцінка цієї загрози самим суб'єктом та оточуючими. Так, форми поведінкових ризиків ВІЛ/СНІД часто-густо розглядаються не лише як просоціальна, а й як асоціальна поведінка. На думку пересічного громадянина ВІЛ-інфікована людина «добровільно» наражалася на ризик (вступала у безладні статеві стосунки або вживала ін'єкційні наркотики). Тому є відповідальною за наслідки власної поведінки і подальшу безпеку інших. Очікування такої відповідальності дозволяє суспільству обмежувати уявлення про поширюваність вірусу представниками груп ризику, а саме: споживачами ін'єкційних наркотиків; комерційного сексу; чоловіками, які вступають у статеві стосунки з чоловіками. Виокремлення таких груп в контексті епідемії, з одного боку, ізолює їх від суспільства, а з іншого – виправдовує у можливості поширювати інфекцію.

Т.В. Семигіна, О.І. Бородкіна, М.Ю. Кісельов та інші дослідники соціально-психологічних аспектів ВІЛ/СНІД концептуально виокремлюють асоційоване з ВІЛ/СНІД поняття «стигма», як прояв негативного ставлення (психологічної установки) до об'єктів, пов'язаних із хворобою. Серед чинників, від яких залежатиме така установка, розрізняють: вік, рівень освіти, знання шляхів ураження та ставлення до сексуальності [11, с.193]. Наслідки стигми лежать не лише в площині соціально-психологічної дезадаптації інфікованих ВІЛ, але й у небезпеці ураження загального населення і, особливо, молоді. Негативне ставлення до ВІЛ-інфікованих опосередковане «страхом СНІДу», який є результатом невдалих просвітницьких кампаній із залякуванням «смертельною хворобою». Опанувати страх можливо шляхом підвищення рівня поінформованості з ВІЛ/СНІД або витіснення неприємних переживань у зону психологічного відсторонення. Вибір стилю опановуючої поведінки відбувається одночасно з формуванням емоційного ставлення до ситуації небезпеки та її учасників.

За концепцією В.М. Мясіщева [6] ставлення, як система зв'язків особистості з різноманітними сторонами об'єктивної дійсності, в розвиненому вигляді характеризуються усвідомленістю, вираженою вибірковістю і складністю. Ставлення визначають ступінь інтересу, потреби, бажання та поведінку людини в конкретній ситуації. Ставлення на рівні небезпечної ситуації включає в себе низку окремих ставлень: до небезпеки та ризику загалом, до носія небезпеки, до обставин небезпеки, до самого себе як захищеної особистості. Ставлення пов'язані з переживаннями, уявленнями, враженнями, сприйняттям себе та інших. Так, довірливе ставлення молоді до «безпечного» вживання наркотичних речовин або «доречності» початку раннього статевого життя обумовлене потребою бути прийнятим референтною групою. Можна припустити, що рішення суб'єкта про безпеку приймається на фоні розуміння Іншого в обставинах не-

зпеки та очікування на схвалення або несхвалення власної поведінки.

У психології здатність людини проникнутися (заразитися) емоційним станом іншої людини, зрозуміти її внутрішній світ, як інтегральна якість особистості, описується в рамках такого психічного явища, як «емпатійність» [2,3,4,5]. Феноменологічною основою емпатії є відображення світу переживань іншої людини з їх трансформацією у власні емоції. У процесі емпатування переживання об'єкта емпатії можуть різнитися за модальністю і, як наслідок –приводити до консонансних або дисонансних ставлень, просоціальної або асоціальної поведінки. Емпатійна поведінка полягає, передусім, не у фізичній взаємодії з об'єктом, а відбувається на рівні психіки, коли реалізація будь-якого наміру дії опосередкована афективно-когнітивними переживаннями суб'єкта [5, с.51].

Саме тому емпатія розглядається нами, як афективно-когнітивно-конативний процес із складними ієрархічними рівнями прояву. Розгортання розвиненого «емпатійного процесу» починається з афективного етапу (протікає у вигляді емоційного зараження, споглядання, сприймання, первинної оцінки емпатогенної ситуації та пасивного співпереживання), продовжується на когнітивному рівні (внаслідок перемикавання з переживань об'єкта емпатії на переживання суб'єкта запускається аналіз та вторинна оцінка останнім емпатогенної ситуації, особистісна і моральна рефлексія), завершується конативним або дієвим (наміри суб'єкта емпатії реалізуються у вигляді його поведінки стосовно об'єкта) етапом [5].

Емпатійність проявляється у вигляді емпатійних ставлень. Починаючи з нульової емпатії, або відсутності емпатійного ставлення, як такого, емпатійний процес поступово ускладнюється розвитком окремих його ланок. Перший рівень особистісно-сислової емпатії характеризується пасивним, нестійким, індіферентним ставленням до об'єкта. В основі другого рівня лежить співпереживання з пасивним, негативно-стійким ставленням до об'єкта, переживання з приводу власного стану в аналогічній ситуації. На третьому рівні виявляється пасивне, нестійке біполярне (позитивне або негативне) емпатійне ставлення. Четвертий рівень – дієвий нестійкий, п'ятий - дієвий стійкий з найвищим проявом особистісно-сислової емпатії [5, с.53-56].

У розвиненої особистості окремі ланки емпатійного процесу протікають «згорнуто», репрезентуючи лише його результат у вигляді прояву вищих рівнів емпатійності. Вищий рівень емпатії є особистісною характеристикою суб'єкта. Тоді емпатуючий, маючи альтруїстичну особистісну спрямованість, включається в реальну співдію з об'єктом емпатування: якщо в основі емпатійності – прояв уваги до іншого, бажання допомогти у складній життєвій ситуації з розумінням наслідків такої допомоги; то антиемпатійність – не лише зневага до людського страждання, але дистан-

ціювання від особистої відповідальності за ситуацію небезпеки.

Генезис емпатійного процесу зумовлений множиною емоційних перемикачів, що забезпечують як модальні, так і різномодальні реагування суб'єкта емпатії на переживання її об'єкта. В свою чергу, модальність емоційного перемикачів дозволяє розрізняти у суб'єкта консонансні та дисонансні емпатійні ставлення [2]. Консонансні емпатійні ставлення до ВІЛ-інфікованих людей, перш за все, репрезентують особистісну толерантність, терпимість до них. Це активна усвідомлена позиція, сформована на основі визнання універсальних свобод людини, уникнення стигматизації та дискримінації.

Разом з тим, увагу до страждань іншої людини слід пов'язувати з власною захищеністю. Оптимально реагувати – це, фактично, балансувати між бажаннями врятувати та застерегтися, між відкритістю та збереженням власної ідентичності, між довірою та недовірою соціальним запитам. Безперечно, емпатійність актуалізує у суб'єкта певний ступінь довіри, але бути «емпатійним» не означає бути «довірливим». Деталізуємо розгляд дефініції «довіра» у контексті проблеми безпеки особистості.

Довіра є стрижневим елементом соціального і психологічного благополуччя людини, який надає впевненості у безпеці оточуючого світу. Довіра, як специфічна форма ставлення у соціальних взаємодіях, поділяється на довіру світові, довіру іншим та довіру до самого себе [10, с.76]. Довіра світові опосередкована довірою до себе, разом з тим довіра до себе не може існувати без довіри до світу, що, в свою чергу, доводить цілісність структури феномену довіри. «Довіряти собі» в епідемію ВІЛ/СНІДу можливо лише за умови постійного самоконтролю та контролю за поведінкою інших. Будь-який об'єкт дійсності викликає довірливе ставлення лише у випадку, коли він володіє властивостями безпеки, користі та значущості для людини. Розглядаючи психологію довіри, Т.П. Скрипкіна визначає її, як «...здатність людини апріорі наділяти явища і об'єкти оточуючого світу, а також людей, їх можливі майбутні дії і власні заплановані дії властивостями безпеки (надійності) і ситуативної користі (значущості)» [10, с.85]. На думку авторки «апріорність» –це і властивість довіри і самостійний феномен, який пов'язаний із попереднім досвідом (ризиком) або непов'язаний (потребує перевірки).

Довіра презентується не лише як ставлення, а як вид установки, яка має трьохкомпонентну структуру. Когнітивний компонент включає прогнозування наслідків через знання, уявлення про світ, про людей, про себе, про взаємостосунки, соціальні норми, про свої можливості, виходячи з попереднього життєвого досвіду. Емоційно-оцінний компонент включає передбачення рівня безпеки конкретного об'єкта взаємодії, а також встановлення значущості ситуації та її можливих наслідків для особистості в цілому. Емоційний сигнал на рівні особистості виникає, коли її оцінка

ситуації чи об'єкта не співпадає з оцінкою власних можливостей. Зміст поведінкового компоненту полягає у виборі поведінкової стратегії [10, с.226]. Певно, що на момент виникнення довіри розгортання процесу емпативності сягає найвищих рівнів, а напруженість у сприйнятті небезпеки навпаки зменшується.

Довіра одночасно виступає передумовою та обов'язковою умовою взаємодії людини зі світом. Якщо значущість об'єкта для суб'єкта взаємодії переважає над безпекою, тоді взаємодія може містити ризик [10, с.85-86]. Тому й небезпека інфікування ВІЛ буде більшою у ситуаціях, де висока значущість об'єкта небезпеки (особа, яка запропонувала наркотичну речовину, або наполягає на незахищених статевих стосунках) визначатиме високий ступінь довіри до нього. Тут також йдеться про різні рівні психологічної атракції: починаючи з симпатії, де довіра може мати менший прояв, далі дружба і, нарешті, кохання, що без довіри взагалі не може існувати. Довіра близькій коханій людині у наслідуванні ризикованих форм поведінки є окремим предметом вивчення. На нашу думку, більшої уваги заслуговують чинники виникнення «емпатійно-довірливого» ставлення до того чи іншого об'єкта взаємодії у ситуації небезпеки.

Людина, як соціальна істота, формує власну емпатійність на тлі різноманіття суспільних емпативностей. Можна зробити припущення, що існують соціально нав'язувані стереотипні образи «емпатійності» і «неемпатійності». Так, бути емпатійним до хворої на СНІД дитини соціально прийнятніше, аніж до СНІД-хворої дорослої людини. Або ж, у ситуації за безпосередньої участі представника групи ризику (наприклад – особи, яка на думку емпатуючого виглядає, як активний споживач наркотиків) емпатійність не є «виправданою», тому що «наркоману не слід довіряти». Якщо одна й та сама небезпечна ситуація у якості об'єкта включає близьку, значущу для суб'єкта людину – емпатійність є обов'язковою умовою взаємодії, незважаючи на об'єктивні ризики інфікування. Тут йдеться як про окреме емпатійне ставлення до об'єкта, так і про весь механізм емпатійного процесу, який розгортається у вигляді різноманітності ставлень до ситуації, самого себе, небезпеки, суспільних оцінок, досвіду тощо. Антиемпатійність до самого себе може спонукати суб'єкта до невинуватої жертвованості, в снові якої лежить неусвідомлюваний страх втрати емоційних зв'язків із значущими оточенням, невміння розібратися з власними переживаннями. Якщо ситуація містить об'єктивну загрозу життю, як суб'єкта, так і об'єкта небезпеки, – реагування у ній є складним вибором між цінністю життя Іншого і власного. У контексті епідемії ВІЛ/СНІДу найвищий рівень емпатії (альтруїзм) набуває іншого змісту, конструктивний сегмент якого можна подати у формі «асертивної емпатійності».

Семантика поняття «асертивність» досить широка і на особистісному рівні репрезентується, як незалежність від думки оточуючих, впевненість у собі та

власних рішеннях, нонконформізм, самоконтроль, загальна адаптованість, неагресивне відстоювання власної позиції, відповідальність, цілеспрямованість, самоствердження, успішність тощо. Походження терміну «асертивність» – від англійського дієслова «assertive» (наполягати, стверджувати, заявляти) більшою мірою презентує його конативну складову, або набути особистістю форму поведінки у соціумі. Разом із тим, асертивність пов'язана з мотиваційною, ціннісно-сисловою орієнтацією людини [7].

Асертивність, як і емпатійність, визначає загальний ступінь особистісного розвитку, пов'язана з самосвідомістю, складає основу самоактуалізації, Я-концепції, самоставлення, визначає гуманістичні потреби та загальний рівень психоемоційної адаптації. В інтерпретації виключно «асертивності» превалює настанова «бути відповідальним за себе», в «асертивній емпатійності» – поєднання настанов «бути відповідальним за себе» і «бути відповідальним за іншого».

Вирішення другого завдання дозволило детальніше зупинитися на особливостях юнацького віку (від 15 до 23 років [13, с.264]) у проявах емпатійності та ставлення до небезпеки ураження ВІЛ.

Молодь та підлітки залишаються особливо вразливими до інфікування ВІЛ внаслідок вищого рівня застосування ризикованих поведінкових практик, порівняно з дорослим населенням. У різноманітні індивідуальної онтогенетичної варіативності період юності визначає становлення людини, як суб'єкта власного розвитку. Саме на цьому етапі молодим людям доводиться вирішувати складні вікові завдання (за Р. Хавігхерст): прийняття власної зовнішності, свого тіла з уміннями його ефективного застосування у спорті, праці тощо; засвоєння чоловічої або жіночої ролі, складання індивідуальної структури гендерної поведінки; встановлення нових, більш зрілих стосунків з ровесниками; завоювання емоційної незалежності від значущих дорослих; підготовка до професійної кар'єри; підготовка до шлюбу і сімейного життя; формування соціально-відповідальної поведінки, громадянської позиції; побудова внутрішньої системи цінностей і етичної свідомості [13, с.263-264, 266].

На відміну від підліткового віку, ставлення до небезпеки та ризику у юнаків набуває більш складних мотиваційних підстав. Потреба у самостійності та самостверженні серед дорослих зменшує тиск референтної групи однолітків в оцінках та прийнятті кінцевого рішення про особисту безпеку. Разом із тим, ризикована поведінка розглядається, як можливість пізнання світу з його «дорослою» змістовності.

Юнацькому віку більшою мірою притаманний нереалістичний оптимізм у ставленні до небезпечної події, що зменшується із набуттям досвіду. Статеве дозрівання спонукає прояви сексуальності та сексуальну активність, яка частіше реалізується не у фантазіях, а в сексуальній поведінці. Саме в цей віковий період спостерігаються гендерноспецифічні ставлення, як до сексуальності, так і статевої безпеки. Статеві

стосунки нерідко розглядаються молодими людьми, як переважаюча ознака «дорослості». Рівень розвитку сексуальної свідомості є ознакою загального особистісного розвитку, проте безпека статевих стосунків детермінується мірою розвиненості відчуття відповідальності за їх наслідки [12, с.28, 37].

Зауважимо, що, завершуючи етап первинної соціалізації, юність стає перед вибором просоціальної чи асоціальної поведінки. Реалізація такого вибору відбувається на фоні розширення уявлень про себе та людські взаємини. У період юності онтогенетичний розвиток емпатії сягає найвищих рівнів і представлений у формах особистісно-сислової емпатії, трансцендентними та антиципуючими емпатійними ставленнями. Характеризуючи емпатію, слід зазначити, що «емпатія є засобом соціалізації й адаптації суб'єкта до навколишнього середовища, а також необхідною умовою гармонійного розвитку особистості» [5, с.298]. Нерозвинена емпатійність може слугувати імпліцитним базовим чинником суб'єктивних факторів самотності, егоїзму, орієнтації у стосунках на матеріальну зацікавленість (на гроші) [5, с.234, 240-241, 247].

Поступово усвідомлюючи власну ідентичність, значущість молода людина вимушена шукати самотійний шлях збереження своєї особистісної цілісності; розуміти мотиви та наслідки не лише власної поведінки, а й поведінки інших людей.

Визначення місця емпатійності у структурі реагування на небезпеку дозволяє підійти до розв'язання третього завдання. Слід зазначити, що стратегія реагування є кінцевою кумулятивною оцінкою процесу формування та прояву реакцій суб'єкта на небезпеку ураження ВІЛ. Серед ключових компонентів небезпеки ураження ВІЛ: суб'єкт небезпеки, об'єкт небезпеки та ситуація небезпеки [9]. В обставинах небезпеки можливі як суб'єкт – суб'єктні, так і суб'єкт – об'єктні взаємодії. Джерелом небезпеки може бути як інша людина, так і окремий предмет (шприц, лезо, ножиці) чи, навіть, явище (наркоманія, проституція). Враховуючи той факт, що у взаємодії нас передусім цікавить внутрішній світ іншої людини (внутрішній світ суб'єкта), «об'єктом небезпеки» вважатимемо реальну особу, яка надає обставинам небезпеки емоційного забарвлення.

Ситуація небезпеки щодо ураження ВІЛ розглядається нами, як фруструюча (стресова) й емпатогенна одночасно. Фруструючого впливу тут завдає необхідність встановлення суб'єктом міри ризику та контроль над ним, а відображення ситуативної реальності опосередковується переживаннями об'єкта. Власне, вибір суб'єктом стратегії реагування в умовах небезпеки ураження ВІЛ відбувається на фоні розгортання процесу емпатування. Тобто, реагування на небезпеку ураження ВІЛ слід розглядати, як афективно-когнітивно-конативний процес, під час якого емпатування та вибір стратегії відбуваються одночасно (рис.1). Значущість кожного з етапів цього процесу

обумовлюється характеристиками ключових компонентів небезпеки.

Афективний етап розпочинається у суб'єкта з установки на безпеку та емпатійної установки, які існують на момент потрапляння в обставини (ситуацію) небезпеки. Таким чином актуалізується сприймання ситуації, як емпатогенної, та інстинкт самозбереження. Паралельно з емоційним зараженням і спогляданням виникає ситуативна тривога, занепокоєння безпекою та власним здоров'ям, хвилювання про захист. Сприймання ситуації і співпереживання складають основу первинної оцінки емпатогенної ситуації. Слід врахувати і те, що афективний етап регулюється неусвідомлюваними механізмами психологічного захисту, як наслідок наявних у суспільстві стереотипів і стигм. Первинна ідентифікація небезпеки на рівні відчуттів доповнюється оцінкою ймовірності настання загрозливих наслідків, встановленням міри ризику і співвідношенням ризиків в обставинах небезпеки. Якщо на афективному етапі домінують монополярні емоційні компоненти натуральної емпатії, подальше перемикання власних емоцій суб'єкта на

Підсумовуючи викладене вище, можемо констатувати, що реагування молоді на небезпеку ураження ВІЛ репрезентується у чотирьох поведінкових стратегіях (рис.2).

внутрішній світ об'єкта репрезентує когнітивний етап емпатійного процесу.

Вторинна оцінка ситуації обумовлює аналіз не минулого досвіду суб'єкта, а його місця в реальній ситуації. Особистісна рефлексія, як здатність до аналізу змістовності переживань, в подальшому доповнюється моральною рефлексією.

Переважаючі соціальні потреби, рівень моральної самосвідомості, актуалізують модальну розгалуженість переживань із приводу почуттів іншої людини. Поруч з цим, суб'єкт визначає ситуацію, як ризиковану або неризиковану у наслідках. Усвідомлення реальної небезпеки шляхом моральної рефлексії спонукає суб'єкта до прийняття рішення про захист. На конативному етапі кінцеве рішення реалізується у намірах та обраній стратегії поведінки. Консонансність чи дисонансність переживань суб'єкта й об'єкта потенціують соціальну або просоціальну спрямованість такого рішення. Встановлення контролю над ризиком є результатом прагнення задовольнити чийсь очікування чи особистою морально-вольовою потребою у відповідальності за іншу людину.

У стратегіях поєднано як емпатійну складову, так і контроль над ризиком ураження ВІЛ. Зупинимось на загальних характеристиках суб'єкта небезпеки у кожній із представлених стратегій.

Етапи	Установка на безпеку		Емпатійна установка	
Афективний	Актуалізація інстинкту самозбереження Стурбованість особистою безпекою та власним здоров'ям Ситуативна тривога Хвилювання про захист Ідентифікація небезпеки на рівні відчуттів Неусвідомлювані механізми психологічного захисту		Емоційне зараження Споглядання Сприймання Первинна оцінка Пасивне співпереживання	
Когнітивний	Оцінка ймовірності небезпеки Встановлення ступеню ризику Співвідношення ризиків Оцінка ситуації Оцінка контролю над ситуацією Усвідомлювані механізми психологічного захисту Локус-контроль Усвідомлення або неусвідомлення власної відповідальності за прийняті рішення		Аналіз Вторинна оцінка Особистісна і моральна рефлексія	
			Провідне ставлення	
			Консонансне	Дисонансне
Конативний	Переважаюча копінг-стратегія Прийняття рішення про поведінку		Намір Емпатійна поведінка	
	Контроль над ризиком	Відсутність контролю над ризиком	Співдія	Протидія
СТРАТЕГІЯ РЕАГУВАННЯ				

Рис. 1 Емпатування та реагування в ситуації небезпеки щодо ураження ВІЛ

Агресивна стратегія, поряд із низькою занепокоєністю суб'єкта власною безпекою, ігноруванням

реальних поведінкових ризиків, презентує його неемпатійність або антиемпатійність у ставленні до

об'єкта. Починаючи з емоційного зараження, суб'єкт може не відображати переживання іншої людини, сприймаючи її як «неживий предмет». У разі сприйняття об'єкта, після егоцентричного співпереживання емпатійний процес вищих рівнів включатиме в себе безлість, злорадство та подальшу протидію об'єкту. В основі такого реагування лежить неусвідомлювана потреба захищатися – шляхом звинувачення іншого у власному дискомфорті перед страхом хвороби. Різномодальне реагування та дисонансна емпатія можуть призвести до асоціальної поведінки у крайнім її прояві – садизмі. У цілому таку стратегію слід визнати дезадаптивною, оскільки вона не сприяє захисту та веде до втрати значущих соціально-психологічних контактів.

Наступна стратегія – фобічна – також є формою протидії суб'єкту взаємодії, проте шляхом його ігнорування або уникання. Сприйняття загрози гіперболізується майже до стану СНІД-фобії. Тут емпатійні ставлення суб'єкта обмежуються нульовим, індеферентним, егоцентричним рівнями. Співпереживання суб'єкта замикається на його власних переживаннях і в подальшому може нейтралізуватися або зумовити виникнення дисонансних емпатійних ставлень. У процесі розгортання емпатійного процесу внутрішня протидія об'єкту проявлятиметься знеціненням його переживань, звинуваченнями у відповідальності за обставини та наслідки небезпеки, вимогами додаткового контролю його поведінки з боку суспільства.

Умовна фіксація суб'єкта на «зовнішніх» ознаках загрози може провокувати неусвідомлювані ним ризики в ситуації реальної небезпеки, що в свою чергу призводить до почуття провини, безпорадності перед небезпекою, фаталізації непередбачуваних контактів.

На відміну від агресивної, фобічна стратегія спонукає до бажання не заподіяти іншому шкоду, а ізолювати його від себе; дистанціюватися від самої проблеми ВІЛ/СНІД та її носіїв.

	СТРАТЕГІЯ З КОНТРОЛЕМ НАД РИЗИКОМ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ	СТРАТЕГІЯ З ВІДСУТНІСТЮ КОНТРОЛЮ НАД РИЗИКОМ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ
СПІВДІЯ З ОБ'ЄКТОМ	АСЕРТИВНА СТРАТЕГІЯ	ІГНОРУЮЧА СТРАТЕГІЯ
ПРОТИДІЯ ОБ'ЄКТУ	ФОБІЧНА СТРАТЕГІЯ	АГРЕСИВНА СТРАТЕГІЯ

Рис. 2 Стратегії реагування на небезпеку щодо ураження ВІЛ

Ігноруюча стратегія належить до переліку умовно емпатійних, де суб'єкт співдіє з об'єктом в обста-

винах небезпеки. В основі такої взаємодії можуть лежати утилітарні потреби з прагненням задовольнити соціальні очікування. На перший погляд, емпатійні ставлення в процесі реалізації зазначеної стратегії можуть сягати суб'єктно-дієвого та діалогічного рівнів. Тобто, у намірах суб'єкта репрезентується внутрішня і реальна співдія з об'єктом. Однак, діалогічні емпатійні взаємини передусім презентують ставлення до Іншого, як до самого себе. Саморуйнівна, навіть фаталістична, поведінка суб'єкта свідчить про його негативне відношення до свого «Я», низьку аутоемпатійність. Показова жертвовність емпатуючого зі свідомим ігноруванням об'єктивної загрози ВІЛ, яка ззовні може сприйматися оточуючими, як прояв дієвих трансцендентних емпатійних ставлень, насправді приховує його особистісну незрілість, необґрунтовану довіру собі і світові, залежність від думки оточуючих, бажання сподобатися та бути прийнятим референтною групою. Така «хвибна» емпатійність демонструє не стільки розуміння іншої людини в обставинах небезпеки, а скоріше – страх втратити її прихильність. Ігноруюча стратегія, як і фобічна, є полярними варіантами дезадаптивного реагування на небезпеку щодо ураження ВІЛ.

Варіант оптимального співвідношення контролю над ризиком інфікування ВІЛ та емпатійного ставлення до іншої людини представлений в асертивній стратегії реагування. Достатній рівень знань та адекватне особистісне ставлення до небезпеки з відповідальністю за наслідки власної поведінки поєднуються з високим рівнем емпатійності. Тут емпатія репрезентується особистісно-смысловими і трансцендентними емпатійними ставленнями. Передусім, це ознака усвідомлення особистістю потреби в захищеності і благополуччі іншої людини, шляхом розуміння власної суб'єктивної ролі для її досягнення. Самоповага, самоконтроль, адекватна оцінка своїх можливостей і особистісних ресурсів дозволяють суб'єкту реагувати на небезпеку ураження ВІЛ не шляхом відсторонення, зневаги, або сліпого наслідування небезпечних форм поведінки, а з позиції зацікавленості у власному здоровому майбутньому та здоровому суспільному оточенні.

Висновки та перспективи подальших досліджень.

1. Дослідження феномену емпатійності у системі суб'єктних ставлень дозволяє розглядати емпатію, як форму психічного відображення об'єктивної реальності; метод пізнання предмета (суб'єкта); системне багаторівневе утворення; емоційно-когнітивно-конативний процес; інтегративну якість особистості; засіб соціалізації і адаптації до навколишнього середовища. Низька емпатійність може супроводжуватися недовірою або надмірною довірою іншій людині. Разом із тим, високі рівні емпатії особистості свідчать про її високу асертивність, коли чуттєвість до переживань іншого поєднується з почуттям відповідальності за нього в обставинах небезпеки.

2. З розвитком особистості ускладнюються й емпатійні ставлення. У юнацькому віці емпатія актуалізує первинну соціалізацію, визначає просоціальну або асоціальну спрямованість молодого людини. Безпека стосунків із іншими людьми детермінується не тільки досягнутими знаннями і здобутими поведінковими навичками, а також рівнем емпатійних ставлень.

3. Емпатійність посідає одне з ключових місць у реагуванні молоді на небезпеку щодо ураження ВІЛ. Структуру такого реагування можна подати у вигляді чотирьох стратегій: агресивної, фобічної, ігноруючої та асертивної.

Структуризація реагувань молоді на небезпеку ВІЛ/СНІД у вигляді чотирьох описаних стратегій до-

зволяє лише умовно виокремити адаптивну і дезадаптивну форми захисту з превалюючим емпатійним або антиемпатійним ставленнями. Кожна із стратегій не існує у крайніх проявах і може змінюватися під впливом як особистісних, так і міжособистісних факторів. Враховуючи той факт, що проведений теоретичний аналіз не містить причинно-наслідкових зв'язків між ключовими компонентами представленої проблеми, подальший науковий пошук вважаємо за доцільне спрямувати на розробку і проведення емпіричного дослідження особливостей емпатійної детермінації реагувань молоді на небезпеку щодо ураження ВІЛ.

ЛІТЕРАТУРА

1. ВІЛ-інфекція в Україні: Інформ. бюл./ МОЗ України, ДУ «Укр. центр контролю за соціально небезпечними хворобами», ДУ «Ін-т епідеміології та інфекц. хвороб ім. Л.В.Громашевського НАМН України». – 2013. – №40. – 24 с.

2. Журавльова Л. П. Емпатійні ставлення та їх класифікація / Л.П. Журавльова // Соціальна психологія. – 2008. – № 5(31). – С. 39 – 46.

3. Журавльова Л. П. Емпатія в системі особистісних чинників успішної управлінської діяльності / Л. П. Журавльова // Актуальні проблеми психології : [зб. наук. праць / ред. кол. С. Д. Максименко (гол. ред.) та ін.]. – К. : Наук. світ, 2008. – С. 92 – 95.

4. Журавльова Л. П. Проблема самовизначення у вітчизняній та зарубіжній психології / Л. П. Журавльова, І. Ф. Шалагінова // Психологія. Зб. наук. праць НПУ імені М.П.Драгоманова. – 2002. – Вип.15. – С.43 – 50.

5. Журавльова Л.П. Психологія емпатії: Монографія. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2007. – 328 с.

6. Мясичев В.Н. Психология отношений: - М.: Изд-во Институт практической психологии, 1995. – 356 с.

7. Ніколаєв Л.О. Дослідження проблеми асертивності у вітчизняній та зарубіжних школах психології розвитку / Проблеми сучасної психології 2010. Випуск 9. – Збірник наукових праць КПНУ ім.

І.Огієнка Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України. – К., 2010. – С. 138 – 146.

8. Оцінка виконання загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки в Україні / Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань. – Зведений звіт. Вересень, 2013. – 80 с.

9. Сенкевич В.Г. Структуризація феномену небезпеки щодо ураження ВІЛ / В.Г. Сенкевич // Наука і освіта. Спецвипуск. «Психологія особистості: теорія, досвід, практика» – Одеса. – 2013, №7/СХVII. – С.80-86

10. Скрипкина Т.П. Психология доверия: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 264 с.

11. Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ/СНІДом: Метод. посіб. для проведення курсів підвищ. кваліфікації/ Т.Семигіна, О.Банас, Н.Венедиктова та ін. – К.: Вид. дім «Києво-Могилянська акад.», 2006. – 620 с.

12. Чебикін О.Я., Бутузова Л.П. Психологія ставлення підлітків до небезпеки ураження ВІЛ. – Одеса: ПНЦ АПН України, 2006. – 200 с.

13. Шаповаленко І.В. Возрастная психология (Психология развития и возрастная психология). – М.: Гардарики, 2005. – 349 с.

REFERENCES

1. *VIL-Infektsiia v Ukraini: Inform. byul./ MOZ Ukrainy, DU «Ukr. tsentr kontroliuzasotsialnonebezpechnymykhvorbamy», DU «In-tepidemiologiitaInfekts. hvorobIm. L.V.GromashevskogoNAMN Ukrainy» [HIVinfectioninUkraine: Inform. Bulletin / Ministry of Health of Ukraine, DU «Ukrainian centre of control for socially dangerous diseases», DU «Institute of Epidemiology and Infection. Diseases of L.V. Gromashevsky NAMS of Ukraine»].*(2013). №40. [in Ukrainian].

2. Zhuravlova, L.P. (2008). Empatiini stavlennia ta yikh klasyfikatsiia [Empathy relations and their classification]. *Sot-*

sialna psikhologiia - Social Psychology, 5, (pp. 39 – 46).[in Ukrainian].

3. Zhuravlova, L.P. (2008). Empatiia v sistemii osobystisnykh chynnikiv uspishnoi upravlinskoi diialnosti[Empathy in the system of personal factors of successful management activities].*Aktualni problemy psykhologii (zb. nauk. Prats) - Actual problems of psychology:(zb.nauk.prats)* S.D. Maksymenko (Eds.). (pp. 92–95). Kyiv: Nauk. svit [in Ukrainian].

4. Zhuravlova, L.P.&Shalahinova, I.F. (2002).Problema samovyznachennia u vitchizniani ta zaru-bizhnii psykhologii[The problem of self-determination in the

national and foreign psychology]. *Psikhologiya. Zb. nauk. prats NPU imeni M.P.Dragomanova - Psychology. Collected Works of NPU named after M.P.Dragomanov*, 15, 43 – 50 [in Ukrainian].

5. Zhuravlova, L.P. (2007). *Psikhologiya empatyi [Psychology of empathy]*. Zhytomyr: Editorial Zhytomyr State University named after I. Franko [in Ukrainian].

6. Miasishchev, V.N. (1995). *Psikhologiya otnosheni [Psychology of relationships]*. Moscow: Izd-vo Institut prakticheskoi psikhologii [in Russian].

7. Nikolaiev, L.O. (2010). *Doslidzhennia problemy asertyvnosti u vitchizniani ta zarubizhnykh shkolakh psikhologii rozvytku [Investigating the assertiveness in the national and foreign schools of psychology development]*. *Problemy suchasnoi psikhologii - Problems of modern psychology*, 9, (pp. 138 – 146). [in Ukrainian].

8. Otsinka vykonannya zagalnoderzhavnoi programy zabezpechennia profilaktyky VIL-Infektsii, likuvannia, dogliadu ta pidtrymky VIL-Infikovanykh ikhvorykh na SNID na 2009-2013 roky v Ukraini [Assessment of implementation the National Programme to providing HIV prevention, treatment, care and support people with HIV to the 2009-2013 in Ukraine] (2013). *Derzhavna sluzhba Ukrainy z pytan protydii VIL-Infektsii/SNIDu ta Inshyh sotsialno nebezpechnykh zahvoriuvan - State Service of Ukraine to the counteraction of AIDS*

and Other Socially Dangerous Diseases. Summary Report. September [in Ukrainian].

9. Senkevich, V.G. (2013). *Strukuryzatsiia fenomenu nebezpeky schodo urazhennia VIL [Structurization of the phenomenon of HIV infection risk]*. *Nauka I osvIta. Spetsvipusk. «Psikhologiya osobystosti: teoriia, dosvid, praktyka» - Science and education. Thematic Special Edition. «Psychology of personality: theory, experience and practice»*. №7. (pp. 80-86). Odessa. [in Ukrainian].

10. Skripkina, T.P. (2000). *Psikhologiya doveriia [Psychology of trust]*. Moscow: Izdatelskii tsentr «Akademiya» [in Russian].

11. Semigina, T., Banas, O., Venediktova, N. (2006). *Sotsialna robota z liudmy, yaki zhyvut iz VIL/SNIDom [Social work with people living with HIV/AIDS]*. Kyiv: Vid. dim «Kievo-Mogylianska akad.» [in Ukrainian].

12. Chebykin, O.Y. & Butuzova, L.P. (2006). *Psikhologiya stavlennia pidlitkiv do nebezpeky urazhennia VIL [Psychological peculiarities of juveniles personal attitudes towards the danger of contracting the HIV]*. Odessa: PNTs APN Ukrayiny [in Ukrainian].

13. Shapovalenko, I.V. (2005). *Vozrastnaia psikhologiya (Psikhologiya razvitiia i vozrastnaia psikhologiya) [Age psychology (Developmental Psychology and Age psychology)]*. Moscow: Gardaruku [in Russian].

В. Г. Сенкевич

ЭМПАТИЙНОСТЬ В СТРУКТУРЕ РЕАГИРОВАНИЯ МОЛОДЕЖИ НА ОПАСНОСТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ

В статье рассматривается проблема реагирования молодежи на опасность инфицирования ВИЧ, исследуется феномен эмпатийности в системе субъектных отношений, в частности определяется место эмпатийности в выборе стратегии реагирования на опасность инфицирования ВИЧ.

Ключевые слова: опасность инфицирования ВИЧ, эмпатийность, отношение, доверие, ассертивность, стратегия реагирования.

V. G. Senkevych

EMPATHY IN THE STRUCTURE OF YOUTH REACTION TO THE DANGER OF CONTRACTING THE HIV

The article considers the problem of youth reaction to the danger of contracting the HIV infection and the phenomenon of human empathy. Empathy is examined as the system phenomenon which has structural, dynamic and functional peculiarities. The reflections of empathy situation and proper types of empathy, some mechanisms of development and forms of empathy, empathy relations and their types are described. The specific of the interconnection of empathy with trust and assertiveness particularly in youth age also explored. The personal reaction towards the danger of contracting the HIV considered from the perspective of emotional perception of the threat (emotional level), awareness of the probable negative consequences (the cognitive level) and personal ability to control the situation (behavioral level). The peculiarities of the structure of youth reaction to the danger of contracting the HIV and importance effect of empathy in the process of selection strategy of the reaction to HIV infection are investigated in the article. The characteristic of main strategies of the reaction to the danger of contracting the HIV are given. The main strategies combined the parameters of human empathy and the control of risk HIV infection. The «assertiveness strategy» is a strategy with control of risk HIV and with high level empathy development. But «phobic strategy», «aggressive strategy» and «ignoring strategy» are strategies without control of risk HIV infection and with low empathy development. The suggested strategies of youth reaction to the danger of contracting the HIV infection allows conditionally distinguish adaptive or dis-adaptive forms of protection with the prevailing empathy or anti-empathy attitudes.

Keywords: danger of contracting the HIV, attitudes, empathy, trusty, assertiveness, strategy reaction.

Подано до редакції 15.04.2014