

УДК 159.964.21

МИХАЛЬСЬКА Ю. А.Інститут психології імені Г.С.Костюка
НАПН України (м. Київ)

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ЗАХИСТ У ПРОЯВІ КОМУНІКАТИВНИХ УСТАНОВОК МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

У статті теоретично обґрунтовується та емпірично вивчається проблема психологічного захисту у прояві комунікативних установок медичних сестер. З'ясовано, що зміст таких типів психологічного захисту як заперечення, компенсація та заміщення зумовлений розвитком комунікативних установок медсестер, що виражається у їх особистісних та поведінкових характеристиках.

Ключові слова: психологічний захист, спілкування, комунікативні установки.

Ефективність медичного обслуговування хворих знаходиться у тісному взаємозв'язку з мистецтвом їх обходження. Неабияку роль у лікувальному процесі відіграє медсестра, якій у своїй роботі доводиться контактувати з людьми різного віку, походження, стану здоров'я, з різноманітними стадіями захворювання. Загалом вони пропонують свої медсестринські послуги протягом усього дня. У своїй професійній діяльності медсестра має справу зі здоров'ям і хворобами; ростом і втратами, тобто тим, як люди їх переживають. Отже, окрім професійної підготовки, важливе місце посідають й особистісні якості медсестри, вміння зрозуміти людину, набути довіру, що має досить сильний терапевтичний ефект. Тому обраний контекст вивчення типології психологічного захисту медичних сестер у прояві їх комунікативних установок є актуальним у теоретико-емпіричних доробках професійної та клінічної психології.

Метою представленого матеріалу є представлення теоретичного обґрунтування та емпіричного матеріалу вивчення проблеми психологічного захисту у прояві комунікативних установок медичних сестер.

Розпочнемо з того, що у медичній літературі ефективність лікувального втручання зумовлена рівнем об'єднання як медичних, так і немедичних чинників. Так, до медичних чинників можна віднести об'єктивний стан хворого, серйозність його хвороби, наявність інтенсивних методів і засобів боротьби проти хвороби, а до немедичних – усі решта, які визначають розумові здібності та професійну інтуїцію лікуючого. Саме до немедичних чинників відноситься проблема спілкування медсестри з хворим.

Проблема спілкування медсестри з хворим є багатоаспектною. Передусім, з психологічної точки зору задачею спілкування з хворим є корекція соматозогнозій, нормалізація розуміння хвороби, правильна оцінка та адекватне став-

лення до неї. «Корекція соматозогнозій – це... система певної психологічної та фізіологічної функціональної організації хворого для вироблення психологічного захисту і перебудови особистісних реакцій. Лікар повинен «навчити» хворого хворіти та лікуватися» [4, с.156].

Насамперед розглянемо специфіку професійної діяльності медичної сестри тому, що тільки у структурі діяльності можна визначити основні ланки, які окреслять особливості спілкування та висунуть вимоги до тих чи інших властивостей людини як суб'єкта діяльності. Професійна діяльність медсестри базується на різних видах взаємин, серед яких виділяються: ключові взаємини між медсестрою і пацієнтом та уявлення медсестри про себе, своє «Я». Характер цих взаємин впливає на результат лікувального процесу. Для того щоб успішно склалися відносини між медсестрою та пацієнтом, медсестра повинна окрім професійних знань бути психологічно компетентною володіти психологічними навичками спілкування та відповідними особистісними якостями, які у цілому окреслюють її психологічну культуру.

Комунікативний компонент професійної діяльності медсестри потрібно розглядати не тільки як професійну вимогу щодо обходження з хворими, але і як особистісну властивість, яка залежить від загальної спрямованості особистості – її потреб, мотивів, цілей, переконань, ідеалів та дає змогу зрозуміти дійсну природу професійних прагнень медичної сестри. Зв'язок, відносини між медсестрою і хворим є частиною тих зв'язків, тієї атмосфери, що необхідні у будь-якому колективі, частиною загального взаємозв'язку, що виникає у процесі лікувальної діяльності між лікарем – медсестрою – хворим.

Оскільки людина завжди вступає у спілкування як особистість, той вона сприймається іншою людиною – партнером по спілкуванню, – як особистість. Враження, які виникають при цьому,

відіграють важливу регулятивну роль у процесі спілкування. У першу чергу тому, що пізнаючи іншого, формується й сам індивід, а по-друге, міра точності «прочитання» іншої людини впливає на успіх організації з нею узгоджених спільних дій. Характеризуючи механізми взаєморозуміння у процесі спілкування Г. Андрєєва [1] зазначає, що уявлення про іншу людину тісно пов'язані з рівнем власної самосвідомості.

Така постановка проблеми досить актуальна в аспекті її застосування у професійній діяльності медичних сестер, оскільки у цій професійній галузі обов'язково повинен враховуватись процес усвідомлення самого себе через іншого у силу успішного лікування хворого: сприймання та розуміння медсестрою хворого, класифікація типів хворих з урахуванням особливостей їхньої особистості, власної інтуїції медсестри, за допомогою якої вона може поставити себе на місце хворого, побачити хворобу його очима, а також відчувати його стан. Перераховані комунікативні вміння медсестри не завжди виступають реальними у професійній діяльності, і причиною такої нереалізованості є приховані особистісні проблеми самої медсестри. Серед них на особливу увагу заслуговують негативні комунікативні установки, як-от: завуальована жорстокість у відносинах з людьми, у судженнях про них; відкрита жорстокість у відносинах з людьми; обґрунтований негативізм усудженнях про людей; схильність робити необґрунтовані узагальнення негативних фактів в області взаємин з партнерами і у спостереженні за соціальною дійсністю; негативний власний досвід спілкування з оточуючими.

З метою емпіричного вивчення заявленої проблеми, було розроблено програму дослідження типології психологічного захисту у прояві комунікативних установок медичної сестри. У дослідженні взяли участь медичні сестри стаціонарних відділень Волинської обласної інфекційної лікарні (n=34). Діагностичний комплекс склали методики: діагностики типології психо-

логічного захисту (Р.Плутчик); діагностики комунікативної установки В. Бойко; 16-факторний особистісний опитувальник Р. Кетела; діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі; адаптований варіант опитувальника PEN Г. Айзенка; опитувальник Ч.Спілбергера.

Після проведення діагностування отримані результати описувались у режимі почерговості виконання кожної з методик. Так, у результаті проведення методики діагностики типології психологічного захисту (Р. Плутчик) було утворено 3 групи, у які увійшли медсестри з вираженим тим чи іншим типом психологічного захисту: 1 група – медсестри з вираженим типом психологічного захисту «заперечення» (n=9); 2 група – медсестри з вираженим типом психологічного захисту «компенсація» (n=12); 3 група – медсестри з вираженим типом психологічного захисту «заміщення» (n=7). Такі типи психологічного захисту, як: витіснення, регресія, проекція, інтелектуалізація та реактивні утворення – склали лише 18% досліджуваних, і тому не були взяті до подальшого опрацювання.

Порівняння результатів, отриманих за методикою діагностики комунікативної установки В. Бойка по кожній з груп дало змогу виділити суттєві відмінності (табл. 1). Коли ми підраховали процент від максимуму балів по кожному з показників, то отриманий нами сумарний бал у кожній з груп склав: група 1 – 70,1 балів; група 2 – 78,8 балів; група 3 – 78,1 бал. Такі показники значно перевищили норму (33 бала) у кожній з груп, і це потребувало подальшого вивчення комунікативної установки у спілкуванні медсестер у силу її негативного вираження.

Виділені 9 компонентів такої негативної установки додатково оцінювались досліджуваними у режимі відповідей на додаткові запитання по кожному з компонентів (табл. 2).

Підрахунок загальної суми набраних балів по кожній із груп складає: група 1 – 32,9 бала; група 2 – 57,7 бала і група 3 – 69,9 бала. Якщо виходити з положення, що чим більше набрано балів з

Т а б л и ц я 1
Середньогрупові показники негативної установки у спілкуванні медичних сестер
(за методикою В.В.Бойко)

Показники	група 1	група 2	група 3
прихована жорстокість	16,2	17,5	16,7
відкрита жорстокість	24,3	38,0	35,5
обґрунтований негативізм	3,9	4,3	4,8
незадоволеність	4,9	5,7	4,3
негативний досвід	17,5	15,9	17,8

Т а б л и ц я 2

Середньогрупові показники з вивчення компонентів негативної комунікативної установки медичних сестер (за методикою В. В. Бойко)

Компоненти установки	група 1	група 2	група 3
1. Неприйняття чи нерозуміння індивідуальності партнера по спілкуванню	3,1	5,5	8,3
2. Використання себе у вигляді еталону при оцінці інших	2,2	8,4	9,5
3. Категоричність чи консерватизм в оцінках людей	5,7	6,3	6,5
4. Невміння приховувати негативні почуття при зіткненні з некомунікабельною людиною	3,0	5,6	10,5
5. Прагнення переробити, перевиховати партнера	4,2	9,8	6,4
6. Прагнення зробити партнера зручним для себе	4,2	6,0	8,3
7. Невміння вибачати іншому помилки та незграбність	6,2	7,4	7,5
8. Нетерпимість до фізичного і психічного дискомфорту партнера	2,3	4,7	6,8
9. Невміння пристосовуватись до партнерів	2,0	4,0	5,9

конкретної ознаки, то тим менш вираженою є терпимість у відносинах з людьми. Недивлячись на загальну тенденцію негативної комунікативної установки медсестер у кожній з груп, деталізація її компонентів суттєво конкретизувала картину змістовного її наповнення. Так, у групі 2 найбільш виділяються такі компоненти негативної комунікативної установки як використання себе у якості еталону при оцінці інших, прагнення переробити та перевиховати партнера і не вміння вибачати іншому помилки. Спостерігаючи за роботою цих медсестер, можна побачити, що вони досить часто ставлять перед собою непосильні задачі, а саме: змінити ту чи іншу підструктуру особистості хворого, підкорити чи замінити її елементи. Ці медсестри люблять «читати мораль», повчати, та навіть сварити за порушення правил порядку й етики. А іноді роблять це у формі вимог дотримуватись правил лікарні, можуть закликати до співробітництва тощо.

Заслугує уваги й 3 група, у якій отримано досить високі показники за вираженням негативної комунікативної установки медсестер, а саме: компонентів не вміння приховувати негативні почуття при зіткненні з некомунікабельними якостями партнера, неприйняття та нерозуміння індивідуальності особистості та часте використання себе у якості еталону при оцінці інших. Це досить суттєво заважає професійній діяльності медсестри, і не тільки у плані ставлення до хворих, але і плані ставлення до себе. Ці медсестри сильно виділяються з загальної кількості медсестер, і, у першу чергу, своїм підходом до будь-якої професійної ситуації через свої звички, установки, настрої і часто надуманий поганий стан здоров'я.

У групі 1 не виділяються яскраво виражені компоненти негативної комунікативної устано-

вки у силу відсутності хоча б одного показника, який би був більше 7,5 балів. Факт вираження загальної тенденції негативної комунікативної установки (70,1 %) можна пояснити іншими причинами, які, на нашу думку, зумовлені соціально-економічними і побутовими труднощами.

Подальший аналіз решти діагностичних методик проводився як порівняльний між цими 3-ма групами. Для визначення статистично значущих відмінностей застосовано непараметричний критерій Колмогорова-Смірнова (D) для однієї вибірки [3], який виявився оптимальним у визначенні статистично значущих відмінностей у вимірюваних показниках методик. Саме випадок із однією вибіркою пов'язаний із розглядом «узгодження» (goodness-of-fit). При цьому отримані на основі цієї вибірки спостереження порівнюються з теоретичними значеннями (частотами розподілу). Процедура, пов'язана з підрахунком тестової статистики D, вимагає накопичення частот за всіма порядковими значеннями. Порівняння двох розподілів накопичених частот – теоретичний (очікуваний) та емпіричний розподіл підраховуються за допомогою χ^2 -критерію Пірсона – це характеристика розподілу, що використовується для перевірки статистичних гіпотез [2]. У якості критеріїв використовують випадкові величини, які є функціями величин, що вивчаються, та чисел ступенів свободи.

Фіксація середньогрупових показників за 16-факторним опитувальником Р. Кетела у кожній з груп та підрахунок критерію Колмогорова-Смірнова (D) представив лише деякі статистично значущі відмінності (табл. 3).

Такі результати статистичної обробки дають можливість виділити особистісні характеристики медичних сестер, які супроводжують типи їхнього психологічного захисту. Отже, статистичні відмін-

Т а б л и ц я 3
Групові показники критерію
Колмогорова-Смірнова за шкалами
16-факторного опитувальника Р. Кеттела

Фактори	група 1	група 2	група 3
фактор А	0,39***	0,37***	
фактор С	0,27***	0,35***	
фактор F	0,37***	0,34***	0,33*
фактор G	0,48***	0,32***	0,36*
фактор Н	0,35***	0,32***	0,51***
фактор І	0,40***	0,33***	
фактор L	0,28***	0,24*	0,51***
фактор М	0,34***	0,31**	0,38*
фактор N	0,46***	0,21*	
фактор O	0,24**	0,23*	0,37*
фактор Q1	0,22*	0,30**	
фактор Q2	0,20*	0,25*	0,33*
фактор Q3	0,26**	0,25*	
фактор Q4	0,31***	0,28**	

Примітка: дані, позначені * – значимі при $p = 0,1$;
** – значимі при $p = 0,05$; *** – значимі при $p = 0,01$

ності за фактором F в 3-ох групах свідчать про підвищену стриманість у групі 1, що супроводжується турботливістю, спокійністю, серйозністю виконанні дій і у спілкуванні з іншими та виражену експресивність у групах 2 та 3, яка виражається у неуважності та навіть надмірній імпульсивності. За фактором G спостерігається підвищена нормативність у поведінці у групі 1 (добросовісність, урівноваженість та відповідальність) і виражена схильність до неузгодження з моральними нормами та стандартами; за фактором Н у групі 3 яскраво виділяється авантюристичність, схильність до ризику та навіть «товстошкірність» досліджуваних, а стриманість із підвищеною чутливістю до загрози проявляється у групах 1 та 2. Ідентична картина спостерігається і за фактором L, де підвищена підозріливість, «захист» та внутрішня напруга виділяються у групі 3, а довірливість, відвертість у групах 1 та 2; за фактором М, де підвищена захопленість внутрішніми ілюзіями та невірноваженість виділяються у групі 3, а практичність та прагнення керуватись об'єктивною реальністю виражені у групах 1 та 2; за фактором O – підвищене почуття провини, тривоги та невпевненості у собі виражене у групі 3, а спокійність і самонадійність у групах 1 та 2; за фактором Q2 – у групі 3 виділяється показник групової незалежності, самостійності у плані відсутності підтримки інших людей, а у групах 1 та 2 цей показник занижений і виражається у соціабельності та обов'язковій підтримці групи.

За фактором А виділяється підвищена комунікабельність, відкритість та безпосередність у групі 1, на відміну від групи 2, де незначною мірою домінують скритність, відчуженість і, навіть, замкнутість;

за фактором С виділена досить цікава відмінність – у групі 2 домінує емоційна стійкість та витриманість, а у групі 1 – емоційна нерівновага та залежність від почуттів; за фактором І – виділяється підвищена ніжність, чутливість у групі 1 та низька чутливість та суворість у групі 2; за фактором N – підвищена проникливість, досвідченість у групі 1 та прямолинійна простота у групі 2; за фактором Q1 – у групі 2 вираженим є консерватизм, який виражається у постійності поглядів, ідей і схильності до моралізації, на відміну від групи 1, де заслуговують уваги такі якості, як: добра проінформованість, терпимість до незручностей та вміння аналізувати; за фактором Q3 – високий самоконтроль переважає у групі 1, який характеризується точністю і вмінням контролювати свої емоції та поведінку; за фактором Q4 – так само у групі 1 вищого показника отримує реактивна рівновага, яка проявляється у життєрадісності, рішучості і стабільності у поведінці.

Підрахунок середньогрупових значень та критерію Колмогорова-Смірнова (D) за октантами опитувальника Т. Лірі дає змогу виділити суттєві відмінності між досліджуваними якостями по кожній з груп (табл. 4).

Т а б л и ц я 4
Групові показники критерію
Колмогорова-Смірнова за октантами методики
діагностики міжособистісних взаємин Т. Лірі

Октанти	група 1	група 2	група 3
октанта 3	0,30***	0,20*	
октанта 4	0,26**	0,35***	0,46**
октанта 5	0,20*	0,30**	
октанта 6	0,23**	0,21*	
октанта 7	0,32***	0,23*	
октанта 8	0,38***	0,25*	

Примітка: дані, позначені * – значимі при $p = 0,1$; ** – значущі при $p = 0,05$; *** – значущі при $p = 0,01$

Отримані результати виявились статистично значущими за 3-ма групами октантою 4 (підозріливість): у групі 3 показники підозрливості виражаються у відчуженості, образливості і, навіть, шизоїдних характеристиках, на відміну від показників у групах 1 та 2. За рештою октантів виділяються статистично значущі відмінності тільки між 1 та 2 групою: за октантою 3 (агресивність) показники стійкості, енергійності, вимогливості та відвертої суворості переважають у групі 1; за октантою 5 (підпорядкованість) показники пасивності у виконанні своїх обов'язків та поступливості переважають у групі 2; за октантою 6 (залежність) показники почуття невпевненості у собі, опасіння та тривожності з будь-якого приводу переважають у групі 1; за октантою 7

(дружелюбність) показники орієнтації на прийняття та соціальне схвалення, прагнення задовольнити вимоги всіх «бути хорошим» у будь-яких ситуаціях, емоційної лабільності переважають у групі 1; за октантою 8 (альтруїстичність) показники гіпервідповідальності, бажання завжди приносити свої інтереси у жертву, прагнення допомогти та поспівчувати іншим, переважають у групі 1.

Підрахунок з – критерієм Колмогорова-Смірнова (D) по кожній з 3-ох груп за опитувальниками PEN Г. Айзенката Ч. Спілбергера подано у табл. 5–6.

Таблиця 5
Групові показники критерія
Колмогорова-Смірнова (D) за шкалами
методики PEN Г. Айзенка

Шкали	група 1	група 2	група 3
екстраверсія-інтроверсія	0,24**	0,21*	
нейротизм	0,23**		

Примітка: дані, позначені * – значущі при $p = 0,1$;
** – значущі при $p = 0,05$

Таблиця 6
Групові показники критерія Колмогорова-Смірнова (D) за шкалами методики Ч. Спілбергера

Шкали	група 1	група 2	група 3
особистісна тривожність			0,33*
ситуативна тривожність	0,25*	0,36**	

Примітка: дані, позначені * – значущі при $p = 0,1$;
** – значущі при $p = 0,05$

Такі результати виявились цікавим моментом щодо характеристики групи 3, де, не дивлячись на загальну характеристику особистості як типового шизоїдного типу, показник нейротизму і психотизму виявився нейтральним.

Такі результати дещо висвітлюють картину певних неузгоджень у характеристиці особистості 1 групи: ситуативна тривожність може трансформуватись у поведінкову характеристику в оцінюванні різноманітних життєвих ситуацій, проте при її зникненні ймовірно підвищується емоційна стійкість і незалежність. Звичайно, підвищений показник особистісної тривожності у групі 3 є закономірним, що не обов'язково буде впливати на рівень ситуативної тривожності.

Отже, проведене емпіричне дослідження дає нам можливість зробити висновки, що зміст психологічного захисту (заперечення, компенсація та заміщення) зумовлений розвитком комунікативних установок медсестер, що виражається у

їх особистісних та поведінкових характеристиках:

- Групі 1, до якої належать медсестри з типом психологічного захисту «заперечення», властиві такі характеристики, як: стриманість, спокійність, висока нормативність поведінки з високою долею практичності, що може виражатись у надмірній увазі до дрібниць, відкритості, ніжності, чутливості, разом із своєрідною досвідченістю і професійною проникливістю до людей. Їхня чутливість компенсується реактивною врівноваженістю, що часто проявляється у життєрадісності та загальній активності. Як таких по собі негативних установок у спілкуванні не визначається.
- Групі 2 (медсестри з типом психологічного захисту «компенсація»), властиві такі властивості, як: експресивність, схильність до почуттів, проте з певною долею емоційної витриманості, яка виражається у їхній практичності, спокійності і залежності від групи у плані орієнтації на соціальне схвалення. Спостерігається така негативна установка у спілкуванні, як прагнення переробити, перевиховати партнера по спілкуванню.
- У групі 3 (медсестри з типом психологічного захисту «заміщення»), виділяються такі властивості, як: підвищена емоційна реактивність, що часто виражається у переживанні безпричинної тривоги, і, навіть, вигаданого почуття провини за щось або за когось, їхня самодостатність у всьому виражається у підозрливості до оточуючих людей. Такі особистісні властивості приводять до наявності таких негативних установок у спілкуванні, як: невміння приховувати свої негативні почуття, часте використання себе як еталону при оцінці інших, прагнення зробити своїх партнерів по спілкуванню зручними для себе і невміння вибачити людям їхні помилки та незграбності, що дуже заважає у ході лікування хворого.

Проведене дослідження містить перспективи дослідження. Так, цікаво було б дослідити вікові особливості прояву комунікативних установок медсестер із хворими, їх індивідуально-типологічні властивості, а також більш конкретно розглянути специфіку та зміст роботи кожного із відділень клінічної лікарні і особливостей роботи медичних сестер у них.

Список використаних джерел

1. Андреева Г.М. Социальная психология/Г.М.Андреева. — М.:Изд-воМоск. ун-та, 1980. — 392с.
2. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психологической диагностике / Л.Ф.Бурлачук, С.М.Морозов. — К.: Наукова думка, 1989. — 198с.
3. Рунион Р. Справочник по непараметрической статистике: современный подход / Р.Рунион. — М.: Финансы и статистика, 1982. — 198с.
4. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса / В.А.Ташлыков. — Л.: Медицина, 1984. — 554с.

МИХАЛЬСЬКА Ю. А.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА В ПРОЯВЛЕНИИ КОММУНИКАТИВНЫХ УСТАНОВОК МЕДСЕСТЕР

В статье теоретически обосновано и эмпирически изучено проблему психологической защиты в проявлении коммуникативных установок медсестёр. Определено, что содержание таких типов психологической защиты как отрицание, компенсация и замещение обусловлены развитием коммуникативных установок медсестер, которые выражаются в их личностных и поведенческих характеристиках.

Ключевые слова: психологическая защита, общение, коммуникативные установки.

MIHALSKA Y. A.

PSYCHOLOGICAL DEFENSE IN THE MANIFESTATION OF COMMUNICATIVE SETTINGS NURSES

Presented material devoted to theoretical grounding and empirical study of psychological defense problem in manifestation of communicative settings of nurses. It is shown that the content of such psychological defense types as objection, compensation and replacement caused by development of communicative settings of nurses, expressed in their personal and behavioral characteristics.

Keywords: psychological defense, communication, communicative settings, nurse.

Стаття надійшла до редколегії 15.02.2013 року.

УДК 316.613.434

МОЙСЕЄВА О. Є.

Національна академія внутрішніх справ (м. Київ)

ІСТОРИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ АГРЕСІЇ

У статті здійснено аналіз основних концепцій агресії в історико-психологічному ракурсі. Розглянуто основні чинники, котрі сприяють закріпленню моделей агресивної поведінки. Висвітлено зміст існуючих науково-психологічних підходів до пояснення причин агресії.

Ключові слова: агресія, агресивність, психологічні концепції, фрустрація, мотив, ворожість.

Людська поведінка взагалі й агресивна зокрема детермінована широким колом явищ і процесів, взаємодіючих чинників, які можуть виступати у якості прямих і непрямих, внутрішніх та зовнішніх причин, виявлятися у будь-яких умовах, набувати різноманітних форм, відображати характер набутого досвіду у вигляді знань і, насамкінець, бути усвідомленою чи неусвідомленою.

Порівняльний аналіз існуючих концепцій показує, що поза чисто дескриптивними підходами до проблеми агресії (яким є, наприклад, класифікація агресивної поведінки, запропонована А. Бассом), усю гамму каузальних інтерпретацій проблеми можна звести до трьох основних концептуальних напрямків. Коротко їх можна сформулювати так:

- а) агресивні спонукання є вродженими (З. Фройд, К. Лоренц, Е. Фромм та ін.);
- б) агресія є відповіддю на фрустрацію (Дж. Доллард, Л. Берковіц та ін.);
- в) агресивна поведінка є результатом соціального навчіння (А. Бандура та ін.).

Не зважаючи на те, що ці концептуальні напрями принципово відрізняються один від одного, тим не менш вони не є повністю взаємови-

ключеними і у своїй сукупності створюють досить цілісну систему наукових уявлень про природу і закономірності функціонування агресії.

Передусім слід чітко відокремити самовпевнену, наполегливу, енергійну, цілеспрямовану поведінку від агресивної, тобто деструктивної поведінки, спрямованої на завдання шкоди, болю. Саме такий підхід об'єднує всіх визначних дослідників агресії. Наприклад, відомий спеціаліст із цієї проблеми Л. Берковіц визначає агресію як «будь-яку форму поведінки, націлену на завдання кому-небудь фізичної чи психологічної шкоди» [1; с. 24]. Приблизно такої ж думки Девід Майєрс, який характеризує агресію як «фізичну чи вербальну поведінку, спрямовану на завдання шкоди кому-небудь» [2; с. 485]. Слід зазначити, що таке визначення агресії не розповсюджується на ті випадки, коли людині завдається шкода випадково, нецілеспрямовано.

Вищезазначене розуміння агресії включає два її різновиди: ворожу та інструментальну. Як слушно відмічають Л. Берковіц, Д. Майєрс та інші, джерелом ворожої агресії є злість, спрямована на єдину мету – нашкодити. У випадку ж інструментальної агресії нанесення шкоди не є