

**РОЗДІЛ III****ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ  
АСПЕКТИ РОЗВИТКУ  
Й ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ  
ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ**

УДК 159.923.2

**Л. З. Сердюк,**  
доктор психологічних наук, доцент**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТУДЕНТІВ  
З ІНВАЛІДНІСТЮ**

*У статті розглянуто психологічні особливості студентів, які мають інвалідність. Виявлені їхні індивідуально-психологічні особливості, адаптаційні стилі, типи реагування та ставлення до хвороби свідчать про переважаючу сформованість у цієї категорії осіб ефективних моделей взаємодії із соціальним оточенням, адекватного самоприйняття, активну суб'єктну життєву позицію.*

*Показано, що травма може розглядатись як головний ресурс у побудові системи саморегуляції людини, що має інвалідність, тобто обмеження можливостей здоров'я і травма трансформуються в ресурс особистості.*

*Зазначено, що цінність наукових досліджень, виконаних за участю категорії людей з інвалідністю, полягає в тому, щоб проаналізувати з позицій сучасної психології те, як організована їхня система саморегуляції і самодетермінації, які резерви і засоби переведення дефекту в перевагу, мінуса в плюс та вивчити можливості надання допомоги як людям з інвалідністю, так і людям, яких прийнято вважати «здоровими», «нормою», щодо оптимізації їхньої самореалізації в особистісній сфері та професійній діяльності.*

*Зроблено висновок про те, що, виходячи з гуманістичних, екзистенціальних позицій, як здоров'я, так і хвороба є способами функціонування самої особистості, її самоорганізації як самодетермінованої динамічної системи, її життєвих цінностей, цілей, перспектив, свободи вибору, інтерпретації викликів, що стоять перед нею, та обраної стратегії реагування. Успішність самореалізації та психологічного благополуччя людини, зокрема і соматичними вадами та інвалідністю, визначається наявністю в неї прагнення до саморозвитку і розкриття свого потенціалу, оцінкою власних особистісних ресурсів як достатніх для досягнення успіху та цілісного сприйняття життєвого шляху, що включає наявність та реалістичність життєвих цілей.*

**Ключові слова:** типи ставлення до хвороби, адаптація, самоприйняття, прийняття інших.

Останнім часом став оформлятися відчутний соціальний запит на психологічні дослідження людей з інвалідністю, хоча потреба в цьому існувала давно — кількість людей, яким поставлено діагноз того або іншого ступеня інвалідності, численна.

У Постанові Кабінету Міністрів України від 1 серпня 2012 р. № 706 «Про затвердження цільової програми “Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів” на період до 2020 року» зазначено, що на тлі стійкого і тривалого скорочення населення України чисельність інвалідів у державі зростає. За останні 20 років чисельність повнолітніх і неповнолітніх осіб з інвалідністю в загальній чисельності населення збільшилась майже вдвічі — з 1,6 млн осіб у 1991 р. до 2,7 млн осіб у 2011 р. (із них 0,165 млн дітей-інвалідів) і досягала показника майже 6%. Особи з інвалідністю працездатного віку становлять 53% від загальної кількості осіб відповідної категорії або 6,5% у загальній структурі економічно активного населення.

Водночас відповідно до презентованої Всесвітньою організацією охорони здоров'я 9 червня 2011 р. Всесвітньої доповіді про інвалідність, від 15% до 19,4% повнолітнього населення світу живе

з інвалідністю, з яких від 2,2% до 3,8% страждають на складні форми захворювання. Дитяча інвалідність становить 5,1% осіб, з яких 0,7% мають складні вади.

При цьому, порівняння вищевказаної міжнародної та вітчизняної статистики свідчить про те, що в Україні завищені вимоги щодо встановлення інвалідності, людей, які мають значні проблеми зі здоров'ям, але не мають статусу інваліда, набагато більше.

Згідно з міжнародними дослідженнями, підвищеному ризику отримання інвалідності піддаються особи з недостатнім доходом, із числа безробітних та з низьким рівнем освіти.

Як зазначено в постанові, в Україні у дошкільних навчальних закладах чисельність дітей з інвалідністю становить 0,5% (або 6766 осіб), у загальноосвітніх закладах — 1,5% (або 62 804 осіб), у професійно-технічних навчальних закладах — 1,3% (або 5297 осіб), у вищих навчальних закладах 0,7% (або 17 242 осіб) [2].

Більшість досліджень якості життя осіб з інвалідністю здійснювалося переважно в контексті спеціальної або клінічної психології, і було зосереджене на базовому соматичному або неврологічному порушенні та проблемі його корекції [1; 4; 5]. В сучасних психологічних дослідженнях [1; 5 та ін.] на передній план все частіше висуваються *загальнопсихологічні та соціально-психологічні проблеми*, а саме: порушення виступає не стільки як поле для корекційної роботи психолога, скільки як умови чи системи умов для неї; сфера уваги психологічних досліджень спрямована на вивчення та розвиток ресурсів адаптації та самореалізації осіб з інвалідністю та переважно *перестає бути нозоспецифічною*. Як свідчить досвід досліджень західних країн, оптимізація середовищних параметрів у формі вдосконалювання соціально-економічної і медичної допомоги особам з інвалідністю не вирішує проблеми поліпшення суб'єктивного аспекту якості їхнього життя. Суб'єктивним аспектом якості життя є психологічне благополуччя особистості, що є інтегральною самооцінкою самоефективності особистості в певних умовах розвитку. Провідна роль, як показує практика наведених досліджень, у просуванні до реалізованої якості життя осіб з інвалідністю належить психологічним ресурсам особистості, а також ставленню до власної інвалідності.

Такі зміни дослідників у ставленні до проблеми інвалідності знайшли своє відображення і в термінології. У науковий та побутовий обіг ввійшли такі поняття, як людина з: «особливими потребами», «обмеженими можливостями», «обмеженими функціональними можливостями», «соматичними вадами», «вадами здоров'я» тощо, у російських дослідженнях [1; 4 та ін.] у науковий обіг стійко ввійшло поняття «особи з обмеженими можливостями здоров'я». Тобто розгляд інвалідності як явища в рамках патології або відхилень від норми поступово перейшов до розгляду з позицій психології індивідуальних відмінностей, варіацій норми, особливостей розвитку (Л. А. Александрова, Д. О. Леонтьєв, С. Д. Максименко, М. М. Семаго, Н. Я. Семаго). Усвідомлення цього привело до тенденції поступової відмови від вжитку самого слова «інвалід», проте повної відмови від нього ще не відбулося. Зокрема, в «Конвенції ООН про права інвалідів» зазначено саме поняття «інвалід». Тому в межах нашого дослідження ми все-таки використовуватимемо термін «студенти з інвалідністю», тобто — це особи, які мають офіційний статус інваліда, визначений за певним ступенем важкості соматичного захворювання. Цей термін не ставить хрест на людині, фіксуючи її дефіцитарність, а проводить певну межу між тими, до яких він належить, й іншими — до яких не належить, принаймні офіційно, бо мало хто наважиться стверджувати, що можливості його здоров'я необмежені.

В англійській термінології все частіше вживається поняття «challenged» (від слова *challenge* — «виклик»). Російські психологи це поняття трактують як «виклик», що дає змогу інакше підійти до всієї проблематики інвалідності [5]. Априорі несприятлива для індивіда ситуація інвалідності, навіть вродженої, з погляду сучасних поглядів на психологію особистості й психологію здоров'я, не може розглядатися як така, що однозначно детермінує проблеми адаптації і соціалізації особистості. Ще сто років тому А. Адлер описав феномен компенсації, згідно з яким люди, які виявляються в певному відношенні «органічно неповноцінними», розвивають інші функції на більш високому рівні. Можна згадати яскраві приклади того, коли люди з надзвичайно складними обмеженнями досягли значного ступеня самореалізації —

О. В. Суворов, доктор психологічних наук, О. І. Скороходова, кандидат педагогічних наук, які за відсутності зору і слуху досягли значних результатів стосовно проблем розвитку, виховання й навчання сліпоглухонімих дітей.

Отже, залежно від ставлення людини до «виклику», інваріантного комплексу особистісних характеристик, виникають абсолютно різні не лише психологічні, а й медичні наслідки — типи ставлення до хвороби, планів, цілей, досягнень тощо.

Загалом у природі не існує рівності можливостей, навіть безвідносно до проблеми інвалідності, і ця нерівномірність по-різному компенсується. Як, зокрема, показано в дослідженнях [5; 6; 8], вихідне, несприятливе становлення може виявлятися в підсумку більш сприятливим, ніж у людей, які фізично і фізіологічно здорові, проте, розслабляючись, вони втрачають згодом свою стартову перевагу. Ці автори пропонують розмежовувати два модули реагування на критичні обставини: частковий і цілісний.

У першому випадку реагування відбувається з використанням «готових» механізмів, що автоматично спрацьовують, наприклад, захисних механізмів спрощення поведінки або стратегій примирення. Інший модус реагування — це відповідь на виклик, яку дає цілісна особистість усією своєю сутністю. Саме через свідоме творче вибудовування нової життєвої тактики і стратегії, через роботу особистості не лише зі своєю внутрішньою реальністю, а й насамперед із реальністю взаємин зі світом [7; 8].

Розрізняючи можливе ставлення людини до виклику інвалідності як до проблеми і як до завдання, як зазначається авторами [5], сприйняття цього виклику як *проблеми* насамперед проявляється в усвідомленні себе як проблемного, як представника особливої категорії, насамкінець це проявляється у вигляді пристосовницької, утриманської установки, де сам органічний дефект відіграє роль засобу рентної діяльності. Якщо виклик приймається як *завдання*, то, навпаки, людина відмовляється вважати себе не такою, як інші, відносити себе до окремої категорії, прагне максимально спиратися на внутрішні ресурси, «орієнтуватися на дію» у термінах теорії саморегуляції.

Психологічні дослідження особистісних якостей студентів, які мають статус інваліда, що проводяться у Відкритому університеті розвитку людини «Україна» (340 осіб), дали можливість накопичити значний емпіричний матеріал, аналіз якого дає змогу зробити висновки стосовно особистісної організації цієї категорії людей, їх пристосованості до життя, стилів поведінки в життєвих ситуаціях, орієнтацій на майбутнє.

У дослідженні ми використовували опитувальники: Міні-Мульт (скорочений варіант ММРІ), адаптація Ф. Б. Березіна та М. П. Мірошникова; переважаючого типу ставлення до хвороби (ТОБОЛ); діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда.

Дані, за результатами опитувальника Міні-Мульт, наведено в табл. 1.

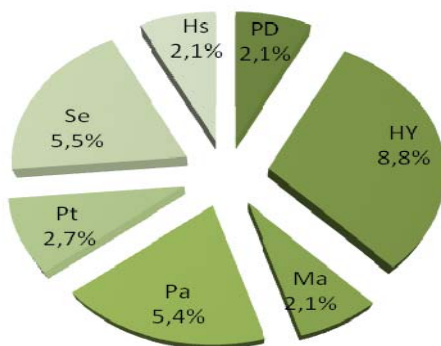
Таблиця 1 — **Індивідуально-психологічні особливості абітурієнтів з інвалідністю**

	Шкала брехні	Шкала достовірності	Шкала корекції	Іпохондрія	Депресія	Істерія	Психопатія	Паранойяльність	Психастенія	Шизоїдність	Гіпотонія
$\bar{X}$	54,1	50,9	51,1	51,9	48,2	52,6	48,3	49,8	49,8	52,9	49,3
Md	55	50	51	52	46	51	49	50	51	52	51
Mo	46	46	48 <sup>a</sup>	48	46	55	49	50	51	49	40
S <sub>x</sub>	11,	7,6	9,5	7,77	9,2	10,4	10,7	11,5	10,9	9,5	11,4

Примітка:  $\bar{X}$  — середнє значення; Md — медіана; Mo — мода; S<sub>x</sub> — стандартне відхилення; а — є декілька мод, вказано найменшу.

Високими оцінками за всіма шкалами є ті, що перевищують 70, низькими вважаються оцінки нижче 40. Виходячи з отриманих значень центральної тенденції, усі показники містяться в межах статистичної норми. Докладніший частотний аналіз показує, що

високі показники спостерігаються за такими базисними шкалами: за шкалою іпохондрія (Hs), тобто схильність до астено-невротичного типу особистості, мають 2,1% досліджуваних; схильних до істерії (Hy), тобто неврологічних захисних реакцій конверсійного типу, виявлено у 8,8% осіб, це категорія людей, які використовують симптоми соматичного захворювання як засіб уникнення відповідальності; схильність до психопатії (Pd), що проявляється в соціальній дезадаптації, агресивності, конфліктності, зневажанні соціальних норм і цінностей, виявлено у 2,1% осіб; паранойяльність (Pa) характерна для 5,4% осіб; психастенія (Pt), діагностує осіб із тривожно-недовірливим типом характеру, виявилася у 2,7% осіб; шизоїдність (Se) характерна для 5,5% осіб; гіпотонія (Ma) — для 2,1% осіб. Вираженість цих показників зображено на рис. 1.



**Рис. 1 — Вираженість індивідуально-психологічних характеристик абітурієнтів з інвалідністю (за методикою Міні-Мульт)**

Важливим і досить інформативним для розуміння особистісної організації майбутніх студентів з інвалідністю є дослідження їхнього ставлення до свого захворювання, сенсорного чи фізичного дефекту, оскільки внутрішня картина хвороби, дефекту, як сукупність когнітивних, емоційних та поведінкових реакцій індивіда на власний фізичний дефект, соматичну хворобу є основним змістовним новоутворенням психіки, в якому відображається весь процес внутрішньої перебудови особистості людини.

За результатами використання опитувальника «Тобол», призначеного для визначення ставлення до хвороби та поведінки людини в ситуації наявності в неї певного захворювання, отримано дані (табл. 2), що дають можливість оцінити, як ставлення до хвороби впливає на ефективність поведінки, рівень адаптації суб'єкта та успішність виконання різних видів діяльності. На цій вибірці досліджуваних було виявлено декілька домінуючих «чистих» типів ставлення та загальних блоків — умовно адаптивного та дезадаптивного.

**Таблиця 2 — Домінуючі типи ставлення до хвороби абітурієнтів з інвалідністю**

Гармонійний	Анозогностичний	Параноїальний	Сензитивний	Умовно адаптивний	Дезадаптивний	
					Інтрапсихічна спрямованість	Інтерпсихічна спрямованість
22%	17%	18%	6%	21%	10%	6%

Загалом отримані дані свідчать про те, що близько 50% досліджуваних — гармонійний та умовно адаптивний тип — має цілком адекватну оцінку свого стану, не перебільшує і не недооцінює ступінь власних труднощів. 17% людей анозогностичного типу — сильні до відкидання думок про наявність хвороби, що може бути як наслідком їх ігнорування через адаптацію, так і необґрунтовано легковажним ставленням до свого стану. 18% досліджуваних параноїального типу — схильні вважати хворобу результатом впливу сторонніх сил, що може призводити до недружелюбного чи ворожого ставлення до інших. Також для 6% осіб сенситивного типу характерна підвищена емоційна реакція на можливі ураження з приводу фізичного дефекту, що може негативно впливати на упередження стосовно ставлення до них навколишніх. Для 16% досліджуваних характерний дезадаптивний тип ставлення до хвороби з інтра- та інтерпсихічною спрямованістю.



Характерною рисою змішаних типів ставлення до фізичного дефекту є їх змістовний характер, що знаходить відображення у проявах поведінки людей із цим типом. Змістовний характер співвідношення між складовими змішаних типів переважно суперечливий, що означає і суперечливий характер самої структури ставлень особистості, пов'язаних із соматичним захворюванням.

Слід зазначити, що така характеристика сприймання і ставлення до хвороби осіб з інвалідністю є специфічною саме для вступників до ВНЗ. Іншу картину можна побачити в дослідженні О. І. Купреєвої [3], в якому описано ставлення до дефекту інвалідів-ампутантів, членів збірної команди України і гравців клубних команд із сидячого волейболу. У цієї категорії людей переважаючим є ергопатичний тип ставлення (44%), анозогнозичний (32%), сензитивний (12%), паранояльний (4%), гармонійний (8%). Чисті типи становлять 71% вибірки, змішані — 29%. Така ситуація є цілком природною, оскільки спортсмени, орієнтовані на досягнення, в основі яких, з огляду на описані дані, закладено компенсаторне підґрунтя; поведінка пронизана протиріччями — поєднані ігнорування дефекту шляхом надзвичайно відповідального занурення в роботу з постійними занепокоєнням та помисливістю у ставленні до травми, небажання і водночас вимога особливої уваги до себе, бравада і завищений рівень домагань [3].

Зважаючи на важливе значення в загальній картині динаміки адаптаційного процесу до нових умов навчання у ВНЗ особистісних психологічних чинників, таких як локус контролю, особливості самооцінювання, самоприйняття себе та інших, прагнення до домінування, емоційний комфорт тощо, у психологічній діагностиці вступників застосовували методику діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса — Даймонда. Результати дослідження наведено в табл. 3 і на рис. 2.

Таблиця 3 — Показники соціально-психологічної адаптації абітурієнтів з інвалідністю

	Адаптивність	Брехливість	Прийняття себе	Прийняття інших	Емоційний комфорт	Внутрішній контроль	Домінування	Ескапізм
$\bar{X}$	139,3	32,3	47,3	25,2	25,2	50,9	9,7	14,9
Md	146	31	49	26	26	52	10	16
Mo	146	31	50	26	27	52	10	18
$S_x$	32,3	12,2	11,4	6,1	6,4	12,9	3,9	5,9

Примітка:  $\bar{X}$  — середнє значення; Md — медіана; Mo — мода;  $S_x$  — стандартне відхилення; а — є декілька мод, вказано найменшу.

Як показує аналіз даних, інвалідність виступає в ряді випадків як конструктивний ресурс побудови особливої системи саморегуляції.



Рис. 2 — Розподіл показників соціально-психологічної адаптивності абітурієнтів з інвалідністю

Отже, травма може розглядатись як головний ресурс у побудові системи саморегуляції. Іншими словами, обмеження можливостей здоров'я і травма трансформуються в ресурс особистості.

Цінність наукових досліджень, виконаних за участю категорії людей з інвалідністю, полягає в тому, щоб проаналізувати з позицій сучасної психології те, як організована їхня система саморегуляції і самодетермінації, які резерви і засоби переведення дефекту в перевагу, мінуса в плюс та вивчити можливості надання допомоги як людям з інвалідністю, так і людям, яких прийнято вважати «здоровими», «нормою», щодо оптимізації їхньої самореалізації в особистісній сфері та професійній діяльності.

Виходячи із гуманістичних, екзистенціальних позицій, як здоров'я, так і хвороба є способами функціонування самої особистості, її самоорганізації як самодетермінованої динамічної системи, її життєвих цінностей, цілей, перспектив, свободи вибору, інтерпретації викликів, що стоять перед нею, та обраної стратегії реагування.

Зазвичай людина безпосередньо не відчуває дефіцитарності свого розвитку, вона сприймає ті труднощі, що виникають в результаті цього. Як зазначає А. Адлер, органічні, вроджені причини діють не самі по собі, не прямо, а опосередковано, через зниження соціальної позиції особистості. Малоцінність органів, за Адлером, що призводить до компенсації, створює особливу психологічну позицію для особистості. Цей психологічний комплекс, що виникає на основі зниження соціальної позиції через дефект, Адлер називає *почуттям неповноцінності*. У двочленний процес «дефект – компенсація» вноситься третій, проміжний: «дефект – почуття малоцінності (неповноцінності) – компенсація», тобто дефект викликає компенсацію не прямо, а опосередковано, через створюване ним відчуття дефіциту.

Загалом успішність самореалізації та психологічного благополуччя людини, зокрема і соматичними вадами та інвалідністю, визначається наявністю в неї прагнення до саморозвитку і розкриття свого потенціалу, оцінкою власних особистісних ресурсів як достатніх для досягнення успіху та цілісного сприйняття життєвого шляху, що включає наявність та реалістичність життєвих цілей.

*В статті розглядаються психологічні особливості студентів, які мають інвалідність. Характерні для них індивідуально-психологічні особливості, адаптаційні стилі, типи реагування і відносини до хвороби, які були виявлені, свідчать про переважання сформованості у цій категорії осіб ефективних моделей взаємодії з соціальним середовищем, адекватного самоприйняття, активної суб'єктної життєвої позиції.*

*Показано, що травма може розглядатися як головний ресурс у побудові системи саморегуляції людини, який має інвалідність, тобто обмеження можливостей здоров'я і травми трансформуються в ресурс особистості.*

*Відзначається, що цінність наукових досліджень, виконаних з участю категорії осіб з інвалідністю, полягає в тому, щоб проаналізувати з позицій сучасної психології те, як організована їх система саморегуляції і самодетермінації, які резерви і засоби перетворення дефекту в перевагу, мінуси в плюс, а також вивчити можливості надання допомоги як людям з інвалідністю, так і людям, яких прийнято вважати «здоровими», «нормою», відносно оптимізації їх самореалізації в особистій сфері і професійній діяльності.*

*Зроблено висновок про те, що, виходячи з гуманістических, екзистенціальних позицій як здоров'я, так і хвороби є способами функціонування самої особистості, її самоорганізації як самодетермінованої динамічної системи, її життєвих цінностей, цілей, перспектив, свободи вибору, інтерпретації викликів, які стоять перед нею, і вибраної стратегії реагування. Успішність самореалізації і психологічного благополуччя людини, зокрема з соматичними захворюваннями і інвалідністю, визначається наявністю у неї прагнення до саморозвитку і розкриттю свого потенціалу, оцінкою власних особистих ресурсів як достаточних для досягнення успіху і цілісного сприйняття життєвого шляху, який включає наявність і реалістичність життєвих цілей.*

**Ключові слова:** типи відносин до хвороби, адаптація, самоприйняття, прийняття інших.

*The article reviews psychological characteristics of students with disabilities. Their individual psychological characteristics, adaptive styles, types of responses and attitudes to their diseases, which have been identified, show effective models of interaction with the social environment, adequate self-acceptance, and active life position prevailing in this category of persons.*

*It is shown that an injury can be seen as a primary resource in the construction of person's with disability self-regulation system that is restricted scope of health and injury transform into person's resource.*

*It is noted that the value of research carried out with the participation of people with disabilities is to analyze from the standpoint of modern psychology, how their system of self-regulation and self-determination is organized, what are their reserves and means of turning a disadvantage into an advantage, minus into plus, and to explore possibilities of assisting people with disabilities as well as people who are considered to be «healthy», «normal», regarding optimization of their fulfillment in personal and professional sphere.*

*It is concluded that, based on humanistic and existential positions both health and disease are ways of personality functioning, its self-organization as self-determined dynamic system, its life values, goals, prospects, freedom of choice, interpretation of challenges faced, and the chosen response strategy. The success of fulfillment and psychological well-being of a person, including those with somatic diseases and disabilities, is determined by the presence of their desire for self-development and revealing their potential, assessment of their own personal resources as sufficient for achieving success and holistic perception of their life course that includes availability and feasibility of life goals.*

**Key words:** types of attitudes to disease, adaptation, self-acceptance, acceptance of others.

### Список літератури

1. *Александрова Л. А., Лебедева А. А., Леонтьев Д. А.* Ресурсы саморегуляции студентов с ограниченными возможностями здоровья как фактор эффективности инклюзивного образования // Личностный ресурс субъекта труда в изменяющейся России. Материалы II Международной научно-практической конференции. Часть 2. Симпозиум «Субъект и личность в психологии саморегуляции». Кисловодск; СевКавГТУ, 2009. — С. 11–16.
2. Державна програма «Національний план дій з реалізації „Конвенції про права інвалідів” на період до 2020 року» // Постанова КМУ від 1 серпня 2012 р. № 706.
3. *Купрєєва О. І.* Ставлення до свого «фізичного Я» інвалідів з ампутацією кінцівок // Проблеми загальної та педагогічної психології: Збірн. наук. праць Ін-т. психології ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименко — К., 2000. — Т. 2. — Част. 5. — С. 55–61.
4. *Леонтьев Д. А.* Личностный потенциал как основа самодетерминации // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ. Вып. 1 / Под общ. ред. Б. С. Братуся, Д. А. Леонтьева. — М.: Смысл, 2002. — С. 56–65.
5. *Леонтьев Д. А., Александрова Л. А.* Вызов инвалидности: от проблемы к задаче // Третья Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии: Материалы сообщений / Под ред. Д. А. Леонтьева. — М., 2010. — 180 с. (Москва, 4–5 мая 2010 г.).
6. *Леонтьев Д. А.* Самореализация и сущностные силы человека // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / Под ред. Д. А. Леонтьева, В. Г. Шур. — М.: Смысл, 1997. — С. 156–176.
7. *Магомет-Еминов М. Ш., Васильев И. А.* Анализ когнитивного подхода в зарубежных теориях мотивации. Вопросы психологи. — 1986. — № 5. — С. 53–58.
8. *Макклелланд Д.* Мотивация человека / Д. Макклелланд. — СПб.: Питер, 2007. — 672 с.

Отримано 02.02.2014 р.