



Psychology
Health

2019 / 1 (2)



Psychological Health

Психологічне здоров'я



Клінічний санаторій «Жовтень»



Асоціація арабських лікарів України



Університет імені святої цариці Тамари Грузинської Патріархії

2019 / 1 (2)

ЗМІСТ

<i>Вовк О. В.</i> ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ В ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ.....	3
<i>Гейко Є. В.</i> ЦІЛІСНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ В КОНТЕКСТІ СОЦІАЛЬНОГО БУТТЯ.....	27
<i>Грись А. М., Маушевська В. В.</i> ПРОЯВИ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО КІЛЬНОГО ВІКУ.....	43
<i>Данилова Венедикта, Козлов Михайл.</i> ПРО ДЕЯКІ НЕГАТИВНІ НАСЛІДКИ ДЕФОЛТНОГО СТАНУ МОЗКУ.....	58
<i>Доктор Абдельрахман М. Радайдех, доктор Мохамед Нусейр.</i> ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ГІПОПІТУТАРИЗМ У ПАЦІЄНТОК ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ.....	80
<i>Жемчужна Г. О.</i> ПСИХОДІАГНОСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ СПІВЗАЛЕЖНОСТІ В ПОДРУЖНІХ (ПАРТНЕРСЬКИХ) ВІДНОСИНАХ.....	103
<i>Кокун О. М., Пішко І. О.</i> ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ВПРОДОВЖ ШЕСТИ МІСЯЦІВ ВИКОНАННЯ ЗАВДАНЬ У РАЙОНІ АТО.....	132
<i>Мальцев Д. В.</i> ЗНАЧЕННЯ ГЕНЕТИЧНО ДЕТЕРМІНОВАНОГО ДЕФІЦИТУ ФЕРМЕНТІВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛУ В ПАТОГЕНЕЗІ ЗАХВОРЮВАНЬ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ	153
<i>Фесенюк Н. П., Коляденко Н. В., Романенко Є. О., Здоровенко Н. В.</i> ВПЛИВ СПІЛКУВАННЯ З ТВАРИНАМИ НА ПСИХІЧНІ СТАНИ ДІТЕЙ З ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ВАДАМИ ЗОРУ.....	173
<i>Філатова О. А.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ.....	202
<i>Юдіна І. Ю.</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ НА ПСИХОЕМОЦІЙНІ СТАНИ ОСОБИСТОСТІ.....	220

УДК 159.91:159.944:613.8+159.98

Вовк Ольга Володимирівна, магістр психології, ПрАТ «ВНЗ «МАУП»,
02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна; <karasste@gmail.com>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5274-3664>

ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ В ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Анотація

Ключові слова: професійне вигорання, сфера інформаційних технологій.

Постановка проблеми. Проблема синдрому професійного вигорання безпосередньо пов'язана з розробкою та впровадженням психологічних засобів для оцінки і профілактики професійного стресу, як одного з основних джерел зниження ефективності праці та порушень психічного і фізичного здоров'я професіоналів. Медико-психологічна проблема професійного вигорання осіб, які працюють у сфері інформаційних технологій, є недостатньо дослідженою.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. В контексті теоретичного вивчення проблем професійного вигорання виділяють основні етапи: виявлення та опису окремих випадків вигорання, розуміння та узагальнення феномену вигорання, дослідження вигорання та аналітичне вивчення його узагальненого концепту. Сучасний етап вивчення питання професійного вигорання характеризується появою нових напрямів досліджень, зокрема він характеризується різними сенсами, які зв'язуються з феноменом вигорання.

Формулювання мети статті. Метою є теоретичне та експериментальне вивчення медико-психологічної проблеми професійного вигорання осіб, які працюють у сфері інформаційних технологій.

Виклад основного матеріалу. В працівників сфери інформаційних технологій виявлено високий (24,4%) і середній (35,5%) рівні імпульсивності, наявність сформованого синдрому професійного вигорання, високий рівень вразливості (46,8%), неадекватну або нестійку самооцінку, високий рівень потреб у задоволенні, спокої, стійкій позитивній прихильності.

Висновки та перспективи подальших досліджень. В майже половини досліджуваних респондентів основної досліджуваної групи синдром професійного вигорання виявився сформованим. Серед досліджуваних респондентів переважали особи з нестійкою самооцінкою, що можна вважати фактором ризику вірогідності розвитку професійного вигорання. Отже, слід звернути увагу на вдосконалення психокорекційних втручань, які б не лише підвищували, але й стабілізували самооцінку особистості.

Аннотація

Вовк О. В., магістр психології, ЧАО «ВУЗ «МАУП», Київ, Україна.
Особенности синдрома профессионального выгорания у работников сферы информационных технологий.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, сфера информационных технологий.

Постановка проблемы. Проблема синдрома профессионального выгорания непосредственно связана с разработкой и внедрением психологических средств для оценки и профилактики профессионального стресса как одного из основных источников снижения эффективности труда и нарушений психического и физического здоровья профессионалов. Медико-психологическая проблема профессионального выгорания лиц, работающих в сфере информационных технологий, исследована недостаточно.

Анализ последних исследований и публикаций. В контексте теоретического изучения проблем профессионального выгорания выделяют

основные этапы: выявления и описания отдельных случаев выгорания, понимания и обобщения феномена выгорания, исследования выгорания и аналитического изучения его обобщенного концепта. Современный этап изучения вопроса профессионального выгорания характеризуется разными понятиями, связанными с данным феноменом.

Формулирование цели статьи. Целью является теоретическое и экспериментальное изучение медико-психологической проблемы профессионального выгорания работников сферы информационных технологий.

Изложение основного материала. У работников сферы информационных технологий выявлены высокий (24,4%) и средний (35,5) уровни импульсивности, наличие сформированного синдрома профессионального выгорания, высокий уровень впечатлительности (46,8%), неадекватная или неустойчивая самооценка, высокий уровень потребностей в удовлетворении, спокойствии, устойчивой позитивной склонности.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. В более чем у половины исследованных респондентов основной исследуемой группы синдром профессионального выгорания оказался сформированным. Среди исследуемых респондентов преобладали лица с нестойкой самооценкой, что можно считать фактором риска вероятности развития профессионального выгорания. Таким образом, следует обратить внимание на усовершенствование психокоррекционных вмешательств, которые бы не только повышали, но и стабилизировали самооценку личности.

Annotation

Vovk OV, Magister of Psychology, The Private Joint-Stock Company Higher Educational Institution Interregional Academy of Personnel Management; Kyiv, Ukraine. **Features of the syndrome of professional burnout in workers in the field of information technology.**

Keywords: professional burnout, information technology.

Formulation of the problem. The problem of the professional burnout syndrome is directly related to the development and implementation of psychological tools for evaluating and preventing occupational stress as one of the main sources of reduced work efficiency and mental and physical health problems of professionals. Medical and psychological problem of professional burnout of persons working in the field of information technology has not been adequately investigated.

Analysis of recent research and publications. In the context of the theoretical study of the problems of professional burnout, the main stages are identified: identifying and describing individual cases of burnout, understanding and summarizing the phenomenon of burnout, research on burning out and analyzing the study of its generalized concept. The modern stage of studying the issue of professional burnout is characterized by different concepts related to this phenomenon.

Formulating the purpose of the article. The goal is a theoretical and experimental study of the medical and psychological problems of professional burnout of information technology workers.

The presentation of the main material. Information technology workers have a high (24.4%) and medium (35.5) levels of impulsivity, the presence of a developed professional burnout syndrome, a high level of impressionability (46.8%), inadequate or unstable self-esteem, a high level of satisfaction, calm, sustained positive inclination.

Conclusions and prospects for further research. In more than half of the surveyed respondents of the main group studied, the professional burnout syndrome was formed. Persons with unstable self-esteem prevailed among the respondents, which can be considered a risk factor for the development of a professional burnout. Thus, one should pay attention to the improvement of psychocorrectional interventions, which would not only increase but also stabilize the self-esteem of the individual.

Ключові слова: професійне вигорання, сфера інформаційних технологій.

Постановка проблеми. Проблема дослідження безпосередньо пов'язана з розробкою та впровадженням психологічних засобів для оцінки і профілактики професійного стресу, як одного з основних джерел зниження ефективності праці та порушень психічного і фізичного здоров'я професіоналів, а отже емоційного вигорання.

Синдром вигорання – це довготривалий, складний психофізіологічний процес, який містить в собі емоційне, психологічне, розумове і фізичне виснаження з причини тривалого емоційного навантаження.

Проблема розвитку та діагностики проблем професійного вигорання досліджувалась у роботах Г. Сельє, Б. Карвасарського, В. Мясіщева, О. Свядоща, З. Фрейда, А. Адлера, М. Хананашвілі, В. Бодрова та ін. Значна кількість досліджень присвячена вивченню особливостей різноманітних стресових станів (В. Бодров, Л. Китаєв-Смик, Н. Самоукіна, О. Полякова), зокрема дослідженню професійного стресу (М. Борневассер, Дж. Грінберг, Г. Купер, Л. Леві, Г. Леонова, Н. Водоп'янова та ін.).

Багато авторів, зокрема В. Євдокимов, В. Марищук, М. Сандомирський А. Махнач, присвятили свої роботи вивченню внутрішніх факторів, що сприяють розвитку емоційного вигорання (характеристик нервової системи, темпераменту, нейротизму, інтроверсії, тривожності, агресивності, самооцінки, локус контролю тощо). Теоретичні, методичні та практичні питання адаптації до стресу, протидії стресу, копінг-поведінки (опанувальної поведінки) знайшли відображення в роботах З. Фрейда, А. Фрейд, Г. Сельє, Р. Лазаруса, А. Елліса, В. Абабкова, М. Перре, В. Розова та ін.

В останні десятиліття активізувалися дослідження в галузі професійної діяльності. Це обумовлено тим, що професійний простір у процесі глобалізації піддається впливу широкого спектра соціально-економічних і технологічних змін, які мають для суб'єкта праці та його професійної діяльності величезні наслідки, які потребують нового рівня адаптації. Проте

багато питань по психології професійного стресу, залишаються відкритими. Так, недостатньо дослідженою є медико-психологічна проблема професійного вигорання осіб, які працюють у сфері інформаційних технологій.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Ще наприкінці ХІХ ст. А. Чехов у своїх творах (зокрема, «Палата № 6» та «Іонич»), задовго до введення в науковий обіг категорії «вигорання», описав його у лікарів, точно відтворивши його динаміку та симптоматику. Окремі випадки вигорання описані в романах Т. Манна «Будденброки», «Чарівна гора» й пізніше в розповіді Г. Гріна «Випадок вигорання» [10].

У наукових доробках американських дослідників були виділені окремі випадки психічних станів із симптоматикою вигорання, і, незважаючи на те, що термін «вигорання» не використовувався, його сутність була виразно представлена. Так, Г. Бредлі описав різновид стресу, який залежить від роботи (work-related stress) [7].

Н. Гришина, застосовуючи екзистенційний рівень опису впливу емоційного вигорання на життя людини, поняття найвищих досягнень людини – акме, яке системно пов'язано із якістю життя, її особистісними рисами тощо. Акмеологічний контекст проблеми в такому разі обіймає цінності, сенс, смисл, мотиваційну сферу фахівця, та й не лише у професійної діяльності. Автор вважає, що розвиток емоційного вигорання не обмежується професійним середовищем та проявляється в різних життєвих ситуаціях людини, а робота, як засіб здобутку осмисленості життя, має потужний вплив на всі життєві ситуації людини [6]. Аналогічної думки дотримується також Д. Трунов, який вбачає в емоційного вигорання «позитивні» сигнали для фахівця про процеси, що відбуваються в його «душі» [3]. Дослідник визначає емоційне вигорання проявом захисних механізмів психіки, направлених на послаблення несприятливих професійних чинників – наслідків змін у мотиваційній сфері особистості фахівця. Ці результати досліджень цілком узгоджуються з поглядами В. Бойка, який розглядає емоційне вигорання у

вигляді захисного механізму та вказує на його функціональність (дозволяє більш економно витратити «психічну», на думку автора, енергію) та деструктивні наслідки [2].

В роботах Б. Ананьєва, з метою позначення негативного явища, яке розвивається в представників професій типу «людина-людина» і яке пов'язане з міжособовими відносинами, вчений використовує термін «емоційне згорання» [13]. Феномен «згорання» Б. Ананьєвим був лише зареєстрований, але не верифікований емпіричними дослідженнями.

Вперше «burnout» у 1974 р. описав Фрейденбергер, під яким розумів психологічний стан здорових людей, які перебувають в інтенсивному та тісному спілкуванні з пацієнтами (клієнтами) в емоційно навантаженій атмосфері при наданні професійної допомоги. «Burnout» є виснаженням енергії у професіоналів у сфері соціальної допомоги, коли вони відчують себе переобтяженими проблемами інших. Це супроводжується станом тривоги та фрустрації, що виникає в результаті відданості справі, певному життєвому стилю відносин, що призводять до провалу очікуваної винагороди. Розвиток цього «burnout» характерний у першу чергу для професій, де домінує надання допомоги людям [17].

Дослідник К. Маслач внесла нові характеристики до поняття «burnout» – це синдром фізичного та емоційного виснаження, для якого характерний розвиток негативної самооцінки, негативне ставлення до роботи, втрата розуміння та співчуття по відношенню до клієнтів або пацієнтів. У закордонній науковій літературі чітко прослідковується динамічний розвиток представленої проблематики – якщо Фрейденбергер описує умови, які необхідні для формування вигорання, такі як: інтенсивне спілкування з пацієнтами (клієнтами) в емоційно навантаженій атмосфері при наданні професійної допомоги, тобто при виконанні своїх професійних обов'язків, то К. Маслач вказує на зміни, які відбуваються вже безпосередньо у професіонала.

Перші публікації щодо проблеми «вигорання» характеризувалися відсутністю емпіричних даних. Відсутність емпіричних даних не дозволяла порівняти результати різних дослідників, внаслідок чого багато критиків вказували на необхідність відмовитися від цього поняття взагалі. Відсутність систематичних досліджень вигорання пояснювалася тим, що практики виявилися зацікавленішими в цій проблемі більше, ніж академічні психологи. Стикаючись з вигоранням щодня, практики мали більш різностороннє уявлення про цей феномен [16].

У 80-х рр. ХХ ст. настав період конструктивного, цілеспрямованого експериментального дослідження вигорання. Різноманітні наукові ідеї доповнювалися науковими методами дослідження. Дослідникам розробка стандартизованих вимірів вигорання дала більш точні визначення та методичні інструменти. У результаті збільшилася кількість публікацій щодо феномену вигорання і його почали вивчати в багатьох країнах світу.

Безперечний інтерес представляє розуміння зарубіжними психологами синдрому «вигорання» як одновимірної конструкції. Так, дослідники А. Пайнс та І. Аронсон наголошують на тому, що «вигорання» представляє стан фізичного й психічного виснаження, який викликаний тривалим перебуванням в емоційно переобтяжених ситуаціях [15]. А. Чиром вважає «вигорання» комбінацією фізичного, емоційного та когнітивного виснаження чи стомлення.

Емоційне виснаження є головним чинником «вигорання», а його додаткові компоненти – це наслідок або поведінки (купірування стресу), що призводить до деперсоналізації, або власне когнітивно-емоційного «вигорання», яке виражається в редукції особистих досягнень (деформаціях суб'єктивної оцінки власних можливостей), виявляється в деформації особистості та має безпосереднє значення для її соціального здоров'я [4].

Вивчаючи різні точки зору щодо визначення синдрому емоційного вигорання, прослідковується тенденція трактування цього явища з позиції теорії стресу.

Так, Р. Сельє нівелює вплив професійного середовища на особистість. Емоційне вигорання в цьому контексті настає в разі накопичення великої кількості негативних емоцій і відсутності способу їх розрядки. Це призводить до виснаження емоційно-енергетичних ресурсів людського організму. Таким чином, і симптоматика, яку описував Фрейденбергер, є лише проявом дистресу, тобто третьої фази загального адаптаційного синдрому, який називається «виснаженням» [20].

В. Бойко визначає емоційне вигорання як вироблений особою механізм психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій у відповідь на психотравмуючі дії [1]. В. Бойко вважає, що емоційне вигорання може носити не лише негативний характер. Саме по собі вигорання, таким чином, є конструктивним, а дисфункціональними – його наслідки, коли «вигорання» негативно позначається на виконанні професійних завдань і відносинах з колегами. Тоді ж емоційне вигорання призводить до професійної деформації особистості [21].

М. Агапова визначає сутність вигорання як перевищення психоемоційних витрат над очікуваними результатами. Чим більше виражена самоактуалізація особистості, тим реальніше та глибше емоційне вигорання [18].

Синдром емоційного вигорання дослідники Р. Абрамова, Ю. Юдич представляють тотожним професійній деформації [24].

Узагальнюючи результати наукових праць вітчизняних і зарубіжних психологів, Е. Зеєр відзначає, що в психологічній науці ґрунтовно досліджені проблеми підвищення працездатності, забезпечення надійності праці, питання професійного старіння, а також різні види професійної діяльності, пов'язані з несприятливими і екстремальними умовами праці.

Враховуючи, що вигорання є серйозною психологічною, медичною, соціальною та економічною проблемою, дослідження вигорання набуває комплексного, міждисциплінарного характеру. Наприклад, вигорання є предметом клінічної психології, що вивчає ті негативні ефекти, які чинить

вигорання на самопочуття професіоналів, на їх фізичне та психічне здоров'я. У соціальній психології вивчення вигорання здійснюються в контексті психологічних механізмів міжособових відносин між людьми. Вигорання є також предметом дослідження в організаційній психології, психології праці, психології професійного становлення особистості в контексті вивчення своєрідності професійного шляху особистості [8].

У сучасних дослідженнях наголошується, що вигорання виникає у фахівця в контексті роботи і має негативні наслідки як для нього самого, так і для організації в цілому, психічного благополуччя всіх тих, з ким він взаємодіє в процесі професійної діяльності (клієнтів, учнів, пацієнтів, колег). Подальше вивчення даного феномену важливе для: дослідження закономірностей і механізмів професійного становлення механізмів професійної адаптації; виявлення зв'язку між професійним стресом і соматичними розладами, та встановлення характеру цього зв'язку тощо.

Дослідниками з часу появи перших даних про вигорання як професійного феномену неухильно наголошується його поширеність. Якщо раніше він досліджувався у представників професій «людина – людина» – вчителів, викладачів коледжів, лікарів і медичних сестер, менеджерів, торговельних агентів, соціальних працівників, представників інших професій, пов'язаних з безперервними комунікаціями з великим потоком людей, то тепер коло професіоналів, схильних до професійного вигорання, розширилося. Дослідниками отримані дані про наявність вигорання у працівників правоохоронних органів і пенітенціарної системи, пожежників, у представників управлінських структур і у представників професії «людина – знак», «людина – машина» – бухгалтерів, програмістів, пілотів, водіїв, операторів та ін. У зв'язку з цим, дослідження феномену професійного вигорання виступає одному з пріоритетних завдань сучасної науки [9].

Якісний і кількісний склад вигорання залежить від змісту професійної діяльності: у професіях «суб'єкт-суб'єктної» сфери вигорання має трикомпонентну структуру, а в «суб'єкт-об'єктній» сфері – близьку до

двофакторної структури. Психічне вигорання набуває статусу загально професійного феномену і розглядається як компонент категоріального апарату психологічної науки. Даний феномен виявляється в різних сферах особистості – емоційній, когнітивній, мотиваційній, сфері відношення людини до роботи – і найменше розроблена проблема впливу вигорання на поза професійні сфери життя людини [14].

Аналіз сучасних досліджень показав, що «психічне вигорання» ширше поняття, ніж «професійне вигорання», оскільки воно може бути викликане різними причинами – особовими, родинними, професійними. Психічне вигорання може виявлятися не лише в професійній сфері, а, наприклад, у сім'ї, в учбовій діяльності. Професійне вигорання становить один з варіантів психічного вигорання: перше частіше використовується в контексті трудової діяльності.

Поняття «емоційне вигорання» вживається в тому разі, коли акцент робиться на емоційній складовій вигорання і йдеться про те, що вигоряє лише емоційна сфера психіки. Термін психічне вигорання використовується в разі, коли акцентується увага на тому, що вигорання зачіпає емоційну, інтелектуальну та мотиваційно-споживацьку сфери, а також вольовий механізм. На сучасному етапі вигорання вивчається одночасно як соціальний, професійний та особистісний феномени [11].

Отже, в контексті теоретичного вивчення проблем професійного вигорання виділяють основні етапи. Перший етап присвячений виявленню й опису окремих випадків вигорання. На другому етапі відбувається розуміння та узагальнення феномену вигорання. Третій період відзначається методологічною фазою дослідження вигорання. Зміст четвертого етапу полягає в аналітичному вивченні узагальненого концепту вигорання. Сучасний етап вивчення питання професійного вигорання характеризується появою нових напрямів досліджень, зокрема він характеризується різними сенсами, які зв'язуються з феноменом вигорання.

Відповідно до концепції виникнення та розвитку стресу, розробленої Г. Сельє, робота в стресовій обстановці призводить до мобілізації внутрішніх ресурсів і може викликати як гострі порушення, так і відстрочені наслідки. Впродовж перших трьох років дії стрес-чинників зростає кількість гострих станів і реакцій (психози, інфаркти), а потім починають переважати хронічні хвороби (ішемічна хвороба серця, депресія, хвороби нирок, імунологічні захворювання та ін.). Кількість стрес-реакцій зростає за «принципом прискорення», коли вже розвинута стрес-реакція призводить до змін в житті і новим стресам, і «принципу заразливості», досить вираженому у виробничих колективах. У зв'язку з цим синдром емоційного вигорання характерний для представників сфери ІТ.

Відповідно до загальноприйнятих уявлень, професія програміста «інтелектуально орієнтована», тобто вимагає високого рівня розвитку інтелектуальних здібностей та таких особливостей мислення як: критичність, абстрактність, гнучкість, системність, здатність до швидкого засвоєння нового матеріалу тощо [19]. Існує набір особливостей мислення, уваги, здібностей, притаманних саме працівникам ІТ-сфери. Так, дослідники стверджують, що професійні програмісти мають свої риси, якості та визначають психологічні і загальнолюдські риси, здібності й особливості мислення, які повинні бути характерними для програмістів [5]. Передумовами успішної діяльності програміста визнаються такі риси: дистанційованість від інших людей, інтровертованість, заглибленість у власні інтелектуальні переживання. При називанні образних асоціацій, які викликає в них комп'ютер, на першому плані в програмістів виявляються образи, пов'язані з творінням нової реальності («особливого світу»), а робота за комп'ютером слугує свого роду заміником соціальних взаємодій [23]. Професійні програмісти, на переконання О. Волконської, мають чітко сформований образ майбутнього, вони більш самодостатні та реалістичні, ніж фахівці нижчої кваліфікації. Вільні самоописи програмістів виявилися біднішими, ніж у непрофесіоналів [22].

Розвиток синдрому вигорання є індивідуальним та визначається відмінностями в емоційно-мотиваційній сфері, а також умовами, в яких протікає професійна діяльність людини. Клінічна картина вигорання включає ряд неспецифічних психопатологічних, психосоматичних, соматичних симптомів і ознак соціальної дисфункції. Найбільш типовими проявами є хронічна втома, когнітивна дисфункція (порушення пам'яті й уваги), порушення сну й особистісні зміни.

Синдром емоційного вигорання характерний для представників ІТ. До чинників, які можуть сприяти виникненню емоційного вигорання у інженерів програмістів в ІТ-компаніях, відносять суворий контроль над роботою програміста, часті перевірки стану проекту; надмірно стислі терміни виконання проектів і завдань; жорсткий розподіл обов'язків зверху між програмістами в команді; відсутність творчої діяльності в роботі програміста, постійне виконання програмістом рутинних операцій; відсутність можливості ведення нормального діалогу усередині команди, з лідером команди розробників.

Формулювання мети статті. Метою є теоретичне та експериментальне вивчення медико-психологічної проблеми професійного вигорання осіб, які працюють у сфері інформаційних технологій.

Виклад основного матеріалу. Нами було проведено дослідження особливостях емоційного вигорання які працюють у сфері інформаційних технологій. У дослідженні були використані такі методики: Тест-опитувальник В. Лосенкова на визначення імпульсивності та вольової саморегуляції; Методика діагностики рівня «емоційного вигорання» В. Бойка; Шкала вразливості або стресостійкості; Тест двадцяти тверджень на самоствалення (М. Кун, Т. Мак-Партланд); Колірний тест Люшера.

Відповідно до опитування за тестом В. Лосенкова на визначення імпульсивності та вольової саморегуляції, були отримані такі результати (табл. 1), де ЕГ – експериментальна група (особи, які працюють в ІТ-сфері),

КГ – контрольна група (особи, які працюють в тій же компанії, але їх робота напряду не пов’язана з ІТ) .

Отже, бачимо, що високий рівень імпульсивності притаманний 11 (24,4%) опитаним. Середній рівень імпульсивності притаманний 16(35,5%)опитаним працівникам. Низький рівень імпульсивності та вольової регуляції мають 18 (40%) опитаних.

Таблиця 1.

Результати дослідження імпульсивності особистості осіб, які працюють в ІТ-сфері, за тестом В. Лосенкова

Рівні імпульсивності	Кількість досліджуваних				t-критерій Стьюдента (число ступеней свободи f=95, t-критичне =1,987 при рівні значущості $\alpha=0,05$)
	КГ		ЕГ		
	абс. число	%	абс. число	%	
Високий	11	24,4	20	43,5	63,64
Середній	16	35,5	18	38,3	14,14
Низький	18	40	9	19,1	63,64
Всього	45	100	47	100	

Високий рівень імпульсивності притаманний 20 (43,5%) особам, які працюють у сфері інформаційних технологій. Середній рівень імпульсивності притаманний 18 (38,3%) опитаним. Низький рівень імпульсивності та вольової регуляції мають 9 (19,1%) опитані.

Серед опитаних контрольної групи найвищий показник має низький рівень імпульсивності, середній показник має середній рівень імпульсивності та найменший показник має високий показник. Серед опитаних експериментальної групи, навпаки, найвищий показник має високий рівень імпульсивності, а найнижчий – низький рівень імпульсивності.

Результати дослідження за методикою діагностики рівня «емоційного вигорання» В. Бойка наведені в таблиці 2. (ЕГ – експериментальна група (особи, які працюють в ІТ-сфері), КГ – контрольна група (особи, які

працюють в тій же компанії, але їх робота напряму не пов'язана з ІТ). За даними таблиці 2. бачимо, що в опитаних контрольної групи синдром не сформований у 10 (22,2%) осіб, ознаки синдрому емоційного вигорання, який перебуває на стадії формування, притаманні 17 (37,7%). Синдром сформовано у 18 (40%).

Таблиця 2.

Результати дослідження рівня сформованості синдрому емоційного вигорання в працівників ІТ-сфери за методикою В. Бойка

Рівень сформованості синдрому	Кількість досліджуваних				t-критерій Стьюдента (число ступеней свободи $f=95$, t-критичне $=1,987$ при рівні значущості $\alpha=0,05$)
	КГ		ЕГ		
	абс. Число	%	абс. число	%	
Синдром не сформований	10	22,2	6	12,7	28,28
Синдром на стадії формування	17	37,7	15	31,9	14,14
Синдром сформований	18	40	26	55,3	56,57
Всього	45	100	47	100	

В опитаних експериментальної групи синдром не сформований у 6 (12,7%) осіб, ознаки синдрому емоційного вигорання, який перебуває на стадії формування, притаманні 15 (31,9%). Синдром сформовано в 26 (55,3%). Тобто переважна більшість респондентів мають сформований синдром професійного вигорання. У осіб, які працюють у сфері інформаційних технологій, він виражений яскравіше.

Отже, як бачимо, що і у представників інших професій компанії, і в осіб, які працюють у сфері інформаційних технологій, синдром професійного вигорання сформований у більшості респондентів і має найвищий показник. Синдром на стадії формування має середній показник прояву, не сформований синдром професійного вигорання в невеликій кількості опитаних і має найнижчий показник.

Відповідно до дослідження за методикою «Шкала вразливості або стресостійкості», були отримані результати, представлені в таблиці 3. (ЕГ – експериментальна група (особи, які працюють в ІТ-сфері), КГ – контрольна група (особи, які працюють в тій же компанії, але їх робота напряду не пов’язана з ІТ).

Таблиця 3.

Результати дослідження вразливості працівників ІТ-сфери за методикою «Шкала вразливості або стресостійкості»

Рівні вразливості	Кількість досліджуваних				t-критерій Стьюдента (число ступеней свободи $f=95$, t-критичне $=1,987$ при рівні значущості $\alpha=0,05$)
	КГ		ЕГ		
	абс. число	%	абс. число	%	
Високий	11	24,4	22	46,8	77,78
Середній	16	35,5	16	34,04	0,00
Низький	18	40	9	19,15	63,64
Всього	45	100	47	100	

За показниками, наведеними в таблиці 3., бачимо, що в контрольній групі високий рівень вразливості мають 11 (24,4%) опитаних спеціалістів. Середній рівень вразливості мають 16 (35,5%) опитаних. Низький рівень вразливості мають 18 (40%) опитаних. В експериментальній групі високий рівень вразливості мають 22 (46,8%) опитаних спеціалістів, які працюють у сфері інформаційних технологій. Середній рівень вразливості мають 16 (34,04%) опитаних. Низький рівень вразливості мають 9 (19,15%) опитаних. Отже, більшість опитаних осіб, які працюють у сфері інформаційних технологій, мають підвищену схильність до вразливості.

Відповідно до опитування за тестом двадцяти тверджень на самоставлення (М. Кун, Т. Мак-Партланд), були отримані такі результати (табл. 4.; ЕГ – експериментальна група (особи, які працюють в ІТ-сфері), КГ – контрольна група (особи, які працюють в тій же компанії, але їх робота напряду не пов’язана з ІТ).

З таблиці 4. бачимо, що в контрольній групі адекватну самооцінку мають 14 (31,1%) опитаних. Неадекватно завищена самооцінка в 10 (22,2%) опитаних, неадекватно занижена – у 16 (35,5%) опитаних. Нестійкою самооцінка є у 5 (11,1%) опитаних. В експериментальній групі адекватну самооцінку мають 6 (12,7%) опитаних. Неадекватно завищена самооцінка у 10 (21,2%) опитаних, неадекватно занижена – у 14 (29,7%) опитаних. Нестійкою самооцінка є у 17 (36,1%) опитаних. В контрольній групі найвищий показник має неадекватно занижена самооцінка респондентів, середні показники мають неадекватно завищена й адекватна самооцінка, а найнижчий показник має нестійка самооцінка. В експериментальній групі найвищий показник має нестійка самооцінка респондентів, середні показники мають неадекватно завищена та неадекватно занижена самооцінка, а найнижчий показник має адекватна самооцінка.

Таблиця 4.

Результати дослідження самооцінки працівників ІТ-сфери за тестом двадцяти тверджень на самоставлення М. Кун, Т. Мак-Партланд

Характеристики самооцінки	Кількість досліджуваних				t-критерій Стьюдента (число ступеней свободи f=95, t-критичне =1,987 при рівні значущості $\alpha=0,05$)
	КГ		ЕГ		
	абс. число	%	абс. число	%	
Адекватна	14	31,1	6	12,7	56,57
Неадекватно завищена	10	22,2	10	21,2	0,00
Неадекватно занижена	16	35,5	14	29,7	14,14
Нестійка	5	11,1	17	36,1	84,85
Всього	45	100	47	100	

Відповідно до дослідження за методикою «Колірний тест Люшера», були отримані такі результати (табл. 5.; ЕГ – експериментальна група (особи,

які працюють в ІТ-сфері), КГ – контрольна група (особи, які працюють в тій же компанії, але їх робота напряду не пов’язана з ІТ).

Потребу в задоволенні, спокої, стійкій позитивній прихильності мають 5 (11,1%) опитаних контрольної групи та 23 (48,9%) експериментальної; потребу в самоствердженні мають 10 (22,2%) опитаних осіб контрольної групи та 10 (21,2%) осіб, які працюють у сфері інформаційних технологій; потреба активно діяти та досягати успіху притаманна 12 (26,6%) опитаним контрольної групи та 8 (17%) експериментальної; потребу в перспективі, надіях на краще, мріях мають 18 (40%) опитаних осіб контрольної групи та 6 (12,7%) експериментальної.

Таблиця 5.

Результати дослідження вираження психологічних потреб особистості працівників ІТ-сфери за колірним тестом Люшера

Психологічні потреби особистості	Кількість досліджуваних				t-критерій Стьюдента (число ступеней свободи $f=95$, t-критичне =1,987 при рівні значущості $\alpha=0,05$)
	КГ		ЕГ		
	абс. Число	%	абс. число	%	
Потреба в задоволенні, спокої, стійкій позитивній прихильності	5	11,1	23	48,9	127,28
Потреба в самоствердженні	10	22,2	10	21,2	0,00
Потреба активно діяти і досягати успіху	12	26,6	8	17	28,28
Потреба в перспективі, надіях на краще, мріях	18	40	6	12,7	84,85
Всього	45	100	47	100	

Отже, потреба в задоволенні, спокої, стійкій позитивній прихильності має найвищий показник у опитаних і контрольної, і експериментальної групи; потреба в самоствердженні має середній показник вираження в опитаних обох груп; потреба активно діяти та досягати успіху, а також

потреба в перспективі, надіях на краще, мріях мають найнижчий показник серед опитаних.

Висновки та перспективи подальших досліджень. До чинників, що можуть сприяти виникненню емоційного вигорання у інженерів-програмістів в ІТ-компаніях відносять суворий контроль над роботою програміста, часті перевірки стану проекту; надмірно стислі терміни виконання проектів і завдань; жорсткий розподіл обов'язків зверху між програмістами в команді; відсутність творчої діяльності в роботі програміста, постійне виконання програмістом рутинних операцій; відсутність можливості ведення нормального діалогу усередині команди, з лідером команди розробників.

Отримані показники за використаними психодіагностичними методиками: Тест-опитувальник В. Лосенкова на визначення імпульсивності та вольової саморегуляції; Методика діагностики рівня «емоційного вигорання» В. Бойка; Шкала вразливості або стресостійкості; Тест двадцяти тверджень на самоствалення (М. Кун, Т. Мак-Партланд); Колірний тест Люшера, уможливили оцінку рівнів імпульсивності та вольової саморегуляції, вразливості та схильності до емоційного вигорання. В основному всі характеристики у досліджених працівників сфери ІТ-технологій мають високі показники прояву, а в майже половини досліджуваних респондентів основної досліджуваної групи синдром професійного вигорання виявився сформованим, що робить необхідним розробку програми психокорекції для осіб, які працюють у сфері інформаційних технологій, з метою вирішення проблеми їх професійного вигорання. Серед досліджуваних респондентів переважали особи з нестійкою самооцінкою, що можна вважати фактором ризику вірогідності розвитку професійного вигорання.

Отже, слід звернути увагу на вдосконалення психокорекційних втручань, які б не лише підвищували, але й стабілізували самооцінку особистості.

Список використаних джерел

1. Бойко В. Енергія емоцій у спілкуванні: погляд на себе та на інших / В. Бойко – М.: Філінъ, 1999. – 472 с.
2. Большакова Т. Особистісні детермінанти та організаційні фактори психічного вигорання в медичних працівників: автореф. дис. / Т. Большакова. – Ярославль, 2004. – 27 с.
3. Варнава У. Експериментальне дослідження незрілих психологічних захистів особистості / У. Варнава // Наук. записки Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України : зб. наук, праць. – 2006. – Вип. 29. – С. 102–106.
4. Водоп'янова Н. Синдром «психічного вигорання» в комунікативних професіях / Н. Водоп'янова [ред. Г. Нікіфоров] // Психологія здоров'я. – СПб.: СПбГУ, 2000. – С. 443–463.
5. Єршов А. Про людський та естетичний фактори в програмуванні / А. Єршов // Вибрані праці. – Новосибірськ : Наука, 1994. – 316 с.
6. Лаврова М. Теоретичний аналіз сучасних поглядів на поняття «емоційне вигорання» / М. Лаврова // Вісник Одеського національного університету. Психологія. – 2014. – Т. 19. – Вип. 2. – С. 194–202.
7. Мінін Д. Емоційно-особистісні пре диктори психічного вигорання адвокатів у різних видах судочинства: автореф. дис. / Д. Мінін. – СПб., 2016. – 23 с.
8. Назарук Н. «Згорання» та професійна деформація особистості: порівняльний аналіз / Н. Назарук // Зб. наукових праць: філософія, соціологія, психологія. – Івано-Франківськ: Плай, 2004. – Вип. 9. – Ч. I. – С. 186–194.
9. Назарук Н. Каузально-телеологічний формат профілактики «професійного вигорання» вчителя / Н. Назарук // Психологія особистості. 2012.- № 1 (3).- С. 119–128.
10. Неруш Т. Основні етапи вивчення феномену вигорання / Т. Неруш [Електронний ресурс]. – режим доступу: <https://phpp.sgu.ru/ru/articles/osnovnyue-etapy-izucheniya-fenomena-vygoraniya>.

11. Ожогова Є. Взаємозв'язок синдрому «психічного вигорання» та особливостей ціннісно-сислової сфери в педагогів / Є. Ожогова // Психологічний журнал.- 2008.- Т. 5, № 3.- С. 17-28.
12. Орел В. Синдром вигорання: діагностика, корекція / В. Орел // Психологічний журнал.- 2001.- Т. 22, № 1.- С. 76-92.
13. Орел В. Структурно-функціональна організація та генезис психічного вигорання : автореф. дис. / В. Орел.- Ярославль, 2006.- 19 с.
14. Полякова О. Категорія та структура професійних деформацій /О. Полякова //Національний психологічний журнал.-2014.-№ 1.- С. 57-64.
15. Ракицька А. Синдром емоційного вигорання як предмет соціально-психологічних досліджень [Електронний ресурс] / А. Ракицька.– Режим доступу : <http://elib.bsu.by/handle/123456789/97946>
16. Сучасні проблеми дослідження синдрому вигорання у фахівців комунікативних професій: колективна монографія [ред. В. Лук'янов, Н. Водоп'янова, В. Орел, С. Подсадний, Л. Юр'єва, С. Ігумнов].– Курск : Курськ.держ. ун-т, 2008. – 336 с.
17. Сочнев В. Теоретичні основи вивчення феномену професійної деформації / В. Сочнев [Електронний ресурс].- режим доступу: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoreticheskie-osnovy-izucheniya-fenomena-professionalnoy-deformatsii>
18. Старовойт О. Невпевненість і емоційне вигорання особистості як бар'єри інноваційної діяльності / О. Старовойт //Вісник Інституту розвитку дитини. Серія: Філософія, педагогіка, психологія.-2014.-Вип.36.- С. 50–57.
19. Стебловська А. Теоретичне уявлення поняття «синдром емоційного вигорання» в психолого-педагогічній літературі / А. Стебловська [Електронний ресурс]. – режим доступу: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoreticheskoe-predstavlenie-ponyatiya-sindrom-emotsionalnogo-vygoraniya-v-psihologo-pedagogicheskoy-literature>

20. Форманюк Т. Синдром «емоційного згорання» як показник професійної дезадаптації вчителя / Т. Форманюк // Питання психології. – 1994. – № 6. – С. 5–64.

21. Шнайдер О. Психологічні особливості емоційного вигорання працівників сфери інформаційних технологій / О. Шнайдер // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія і педагогіка». – 2016. – Вип. 26. – С. 144–148.

22. Шнейдерман Б. Психологія програмування: Людські фактори в обчислювальних та інформаційних системах / Б. Шнейдерман. – М.: Радіо та зв'язок, 1984. – 304 с.

23. Юдчиць Ю. До проблеми професійної деформації / Ю. Юдчиць // Журнал прикладної психології. – 2008. – № 2. – С. 17–22.

References

1. Wojko, V. (1999), *Enerhyia emotsyj v obschenyy: vzghliad na sebia y na druhykh* [The energy of emotions in communication: a look at themselves and others], Fylyn', Moscow, Ru.

2. Bol'shakova, T. *Lychnostnye determynty y orhanyzatsyonnye faktory psykhycheskoho vyhoranyia u medytsynskykh rabotnykov: avto-ref. dys.* [Personal determinants and organizational factors of mental burnout in health care workers: Author. dis.], Yaroslavl', Ru.

3. Varnava, U. (2006), “Experimental study of immature psychological defenses of the individual”, *Naukovi zapysky Instytutu psykholohii imeni H. S. Kostiuka APN Ukrainy: Zb. nauk, prats'*, vol. 29, pp. 102–106.

4. Vodop'ianova, N. (2000), “The syndrome of "mental burnout" in communicative occupations”, *Psykhohohyia zdorov'ia*, pp. 443–463, Ru.

5. Ershov, A. (1994), *O chelovecheskom y estetycheskom faktorakh v prohrammyrovanyu* [On the human and aesthetic factors in programming], Nauka, Novosybyrsk, Ru.

6. Lavrova, M. (2014), “Theoretical Analysis of Statements for Understanding “Emotion of Viranation”, *Visnyk Odes'koho natsional'noho universytetu. Psykholohiia*, vol. 2, pp.194–202.

7. Mynyn, D. (2016), *Emotsyonal'no-lychnostnye predyktory psykhycheskoho vyhoranyia advokatov v razlychnykh vydakh sudoproyzvodstva : avtoref. dys.* [Emotional-personal predictors of mental burnout of lawyers in various types of legal proceedings: Author. dis. , SPb., Ru.

8. Nazaruk, N. (2004), “The causal-teleological format of the professional reading of the “vocational vigilance” by the reader”, *Zb. naukovykh prats': filosofii, sotsiologii, psykholohiia*. – vol. 9., Ch. I. . pp. 186–194.

9. Nazaruk, N. (2012), “The causal-teleological format of the professional reading of the “vocational vigilance”, *Psykholohiia osobystosti*, vol. 1 (3), pp. 119–128.

10. Nerush, T., “The main stages of the study of the phenomenon of burnout”, [Online], available at: <https://phpp.sgu.ru/ru/articles/osnovnye-etapy-izucheniya-fenomena-vygoraniya>

11. Ozhohova, E. (2008), “Interrelation of the syndrome of “mental burnout and peculiarities of value-semantic sphere among teachers”, *Psykholohycheskyj zhurnal*, vol. 5 (3). pp. 17–28.

12. Orel , V. /(2001), “Burnout syndrome: diagnosis, correction”, *Psychological journal*, vol. 22 (1), pp. 76–92

14. Orel, V. (2006), *Strukturno-funktsyonal'naia orhanyzatsyia y henezys psykhycheskoho vyhoranyia: avtoref. dys.* [Structural and functional organization and the genesis of mental burnout: author. dis.], Yaroslavl', Ru.

15. Poliakova, O. (2014), “Category and structure of professional deformations”, *Natsyonal'nyj psykhohycheskyj zhurnal*, vol 1, pp. 57–64.

16. Rakytskaia, A. Syndrome of emotional burnout as a subject of social and psychological research [Online], available at: <http://elib.bsu.by/handle/123456789/97946>

17. Luk'ianov, V. Vodop'ianova, N. Orel, V. Podsadny, S. and ets. (2008), *Sovremennye problemy yssledovaniya sindroma vyhoraniya u spetsyalystov kommunykatyvnykh professyj: kollektivnaia monohrafiya* [Current problems of burnout syndrome research in communicative professions: a collective monograph, Kursk. Ru.

18. Sochnev, V. Theoretical Foundations of Studying the Phenomenon of Professional Deformation [Online], available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoreticheskie-osnovy-izucheniya-fenomena-professionalnoy-deformatsii>

19. Starovojt, O. (2014), “Uncertainty and emotional burnout of the individual as barriers to innovation”, *Visnyk Instytutu rozvytku dytyny. Ser.: Filosofiia, pedahohika, psykhohohiia*, vol. 36, pp. 50–57.

20. Steblovskaia, A. Theoretical representation of the concept of “emotional burnout syndrome” in the psychological-pedagogical literature [Online], available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoreticheskoe-predstavlenie-ponyatiya-sindrom-emotsionalnogo-vygoraniya-v-psihologo-pedagogicheskoy-literature>

21. Formaniuk, T. (1994), “Syndrome of “Emotional Combustion” as an Indicator of Professional Teacher Disadaptation”, *Voprosy psykhohohyy*, vol. 6, pp. 5–64.

22. Shnajder O. Psykhohohichni osoblyvosti emotsijnoho vyhorannia pratsivnykiv sfery informatsijnykh tekhnolohij / O. Shnajder // Naukovi zapysky Natsional'noho universytetu «Ostroz'ka akademiia». Ser. Psykhohohiia i pedahohika. – 2016. – Vyp. 26. – S. 144–148.

23. Shnejderman B. *Psykhohohiia prohrammyrovanyia: Chelovecheskye faktory v vychyslytel'nykh y ynformatsyonnykh systemakh* [Psychology of programming: Human factors in computing and information systems], Moscow, Ru.

24. Yudchyts ,Yu. (2008), “To the problem of professional deformation”, *Zhurnal prykladnoj psykhohohyy*, vol. 2, pp. 17–22.

Гейко Євгенія Вікторівна, доктор психологічних наук, доцент, завідувач кафедри практичної психології ЦДПУ імені Володимира Винниченка; вул. Шевченка, 1, м. Кропивницький, Кіровоградська обл., Україна; <janegeyko@gmail.com>

ORCID: [https // orcid.org | 0000-0002-2386-9679](https://orcid.org/0000-0002-2386-9679)

ЦІЛІСНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ В КОНТЕКСТІ СОЦІАЛЬНОГО БУТТЯ

Анотація

Ключові слова: системний підхід, цілісність, цілісність людини, полісистемна цілісність людини.

Постановка проблеми. Цілісність визначається сукупністю зв'язків внутрішніх елементів системи й зовнішніх відношень, зв'язків і взаємодій. Проблема цілісності як суттєвої характеристики людського буття і місця людини у світі постає в різні історичні епохи в розмаїтті форм: як своєрідний мікрокосм розглядається частиною макрокосму; уподібненість Божественному; цілісність як уособлення земного і небесного в індивідові, наділеного свободою волі; цілісність людини в раціоналістичному або натуралістичному вимірі, особистісний аспект й цілісність буття індивіда.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Розвиток принципу цілісного аналізу людської психіки і її динамічних змін в онтогенезі втілюється в системному підході в психології, уособився в невід'ємній складовій системно-еволюційного підходу і слугує однією з підстав у розробці системно-суб'єктного підходу

Формулювання мети статті. Мета - висвітлення особливостей цілісності особистості як суттєвої передумови її самореалізації з позиції системного підходу, який сприяє визначенню найсуттєвіших особливостей зазначеного явища.

Виклад основного матеріалу. Об'єднання двох парадигм – системної й суб'єктно-діяльній – дозволяє помістити в центр концептуальної схеми психології людину-суб'єкта як стрижня психічної організації. Цілісність представляється як автономність й свідоме функціонування на основі внутрішніх змінних (життєві значущості, стремління до самоактуалізації, «Я-концепція»). Серед зазначених змінних провідну роль відіграє система особистісних цінностей. Відповідно психологічна зрілість цієї системи є необхідною характеристикою цілісності особистості.

Висновки та перспективи подальших досліджень. З позицій системно-цілісного підходу варто здійснити теоретичний аналіз полісистемної цілісності особистості та її загальних складових: субмодальностей, полярних категорій, біполярних категорій. Такими поняттями визначаються ментальні репрезентації цілісності особистості в різних сферах її цілісного світу. В якості провідних чинників доцільно виділити системні поняття ізомерії, багатомірності, ієрархії. У перспективі дослідження – вивчення особливостей становлення полісистемної цілісності особистості в онтогенезі з позиції системного підходу.

Аннотація

Гейко Е. В., доктор психологических наук, заведующая кафедрой практической психологии ЦГПУ имени Владимира Винниченко; г. Кропивницкий, Украина. **Целостность личности в контексте социального бытия.**

Ключевые слова: системный подход, целостность, целостность человека, поле системная целостность человека.

Постановка проблемы. Целостность определяется совокупностью связей внутренних элементов системы и внешних отношений, связей и взаимодействий. Проблема целостности как существенной характеристики человеческого бытия и места человека в мире возникает в разные

исторические эпохи в разнообразии форм: как своеобразный микрокосм рассматривается частью макрокосма; сходство с Божественным; целостность как олицетворение земного и небесного у индивидуума, наделенного свободой воли; целостность человека в рационалистическом или натуралистическом измерении, личностный аспект и целостность бытия индивидуума.

Анализ последних исследований и публикаций. Развитие принципа целостного анализа человеческой психики и ее динамических изменений в онтогенезе воплотился в системном подходе в психологии, олицетворился в неотъемлемой составляющей системно-эволюционного подхода и служит одним из оснований в разработке системно-субъектного подхода

Формулировка цели статьи. Цель - освещение особенностей целостности личности как существенной предпосылки ее самореализации с позиции системного подхода, который способствует определению существенных особенностей данного явления.

Изложение основного материала. Объединение двух парадигм - системной и субъектно-деятельностной - позволяет поместить в центр концептуальной схемы психологии человека-субъекта как стержня психической организации. Целостность представляется как автономность и сознательное функционирование на основе внутренних переменных (жизненные значимости, стремление к самоактуализации, «Я-концепция»). Среди указанных переменных ведущую роль играет система личностных ценностей. Согласно психологическая зрелость этой системы является необходимой характеристикой целостности личности.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. С позиций системно-целостного подхода следует осуществить теоретический анализ полисистемной целостности личности и ее общих составляющих: субмодальностей, полярных категорий, биполярных категорий. Такими понятиями определяются ментальные репрезентации целостности личности в

различных сферах ее целостного мира. В качестве ведущих факторов целесообразно выделить системные понятия изомерии, многомерности, иерархии. В перспективе исследования - изучение особенностей становления полисистемной целостности личности в онтогенезе с позиции системного подхода.

Annotation

Geiko EV, PhD, Doctor of Psychology, Head of the Department of Practical Psychology, Vladimir Vinnichenko Central State Pedagogical University; Kropyvnytskyi, Ukraine. **The integrity of the individual in the context of social life.**

Key words: system approach, integrity, integrity of a person, polysystemic integrity of the person.

Formulation of the problem. Integrity is determined by the totality of relations of the internal elements of the system and external relations, relations and interactions. The problem of integrity as an essential characteristic of human existence and the place of man in the world arises in different historical epochs in a variety of forms: as a kind of microcosm is considered part of the macrocosm; the similarity with the Divine; integrity as the personification of earthly and heavenly in an individual endowed with free will; the integrity of a person in a rationalistic or naturalistic dimension, the personal aspect and the integrity of the being of the individual.

Analysis of recent research and publications. The development of the principle of holistic analysis of the human psyche and its dynamic changes in ontogenesis was embodied in a systems approach in psychology, personified in an integral part of a system-evolutionary approach and serves as one of the bases in the development of a system-subject approach.

Formulating the purpose of the article. The goal is to highlight the features of the integrity of the individual as an essential prerequisite for its self-

realization from the position of a systematic approach, which contributes to the determination of the essential features of this phenomenon.

Presenting main material. Combining the two paradigms - systemic and subject-activity - allows you to put in the center of the conceptual scheme of the psychology of the human subject as the core of mental organization. Integrity is represented as autonomy and conscious functioning on the basis of internal variables (vital values, the desire for self-actualization, "I-concept"). Among these variables, the leading role is played by the system of personal values. According to the psychological maturity of this system is a necessary characteristic of the integrity of the individual.

Conclusions and perspectives of further research. From the standpoint of a system-holistic approach, a theoretical analysis should be carried out of the polysystem integrity of the personality and its common components: submodalities, polar categories, bipolar categories. These concepts define mental representations of the integrity of the individual in various spheres of its integral world. As leading factors, it is advisable to single out systemic concepts of isomerism, multidimensionality, and hierarchy. In the perspective of the study - the study of the characteristics of the formation of the polysystem integrity of the individual in ontogenesis from the position of a systematic approach.

Ключові слова: системний підхід, цілісність, цілісність людини, полісистемна цілісність людини.

Постановка проблеми. Найсуттєвіші аспекти цілісного пізнання людини полягають у гетерогенності буття, безперервності психічного, поліфункціональності та поліструктурності, системному характері свідомості та її здатності до саморегуляції, активність людини як суб'єкта, її змінювання, розвиток та саморозвиток.

Цілісність визначається сукупністю зв'язків внутрішніх елементів системи й зовнішніх відношень, зв'язків і взаємодій. Внутрішні й зовнішні

зв'язки цілісної системи певним чином відповідають один одному, гармонізовані. Упродовж становлення і існування цілісності постійно виникає певне неспівпадіння зовнішніх й внутрішніх зв'язків системи. Тому цілісність системи є результатом її попереднього розвитку, вона є результатом, що забезпечується здатністю зберегти такий стан у процесі постійного руху, змін і розвитку.

На основі історичного підходу визначається, що проблема цілісності як суттєвої характеристики людського буття і місця людини у світі постає в різні історичні епохи в розмаїтті форм: як своєрідний мікрокосм розглядається частиною макрокосму; уподібненість Божественному; цілісність як уособлення земного і небесного в індивідові, наділеного свободою волі; цілісність людини в раціоналістичному або натуралістичному вимірі, особистісний аспект й цілісність буття індивіда.

Окрім цього, визначаються найсуттєвіші підходи щодо поняття «цілісність». Передусім, слід відзначити розуміння цілісності в антропологічних учіннях – у містичній антропології: концепція «істинної людини», пізнання притаманної в кожній особистості такої істинної людини відбувається за умов пізнання через віру й у містичному злитті з Богом.

Також, у межах висвітлення сутності особистості проявляється цілісно-особистісний підхід, що увиразнює психічне в межах категорії «особистість». Передумовою цілісного підходу є комплексні дослідження Б. Ананьєва, інтегральні дослідження індивідуальності В. Мерліна.

Таким чином, на основі результатів психологічного аналізу наукових студій можна зазначити, що цілісність є фундаментальною властивістю складних утворень (систем), властивості й потреби цілого виступають як важливі характеристики. Якщо з цієї позиції розглянути концепцію цілісності особистості, то особистість і світ є водночас і складові, і самотійні системи.

Формулювання мети статті. Складова особистості має біохімічні, фізіологічні, соматичні властивості. Складова світу те саме наповнення, але коли з'являється інша людина, то додаються ще й фізичні, механічні тощо

властивості, якщо в якості світу постають речі і предмети. Цілісність у такий спосіб є розділеною, а її складові дискретні. Таким чином, **метою** нашої статті є висвітлення особливостей цілісності особистості як суттєвої передумови її самореалізації з позиції системного підходу, який сприяє визначенню найсуттєвіших особливостей зазначеного явища.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Подальшим розвитком поняття «цілісність» у науковій парадигмі варто вважати специфіку генези представленості людини як «особливої системної цілісності особливої визначеності», котра формується в процесі становлення й уособлюється у соціальному русі в якості його підґрунтя та результату впродовж антропогенезу й соціогенезу.

Системну цілісність людини в її представленості через поняття «індивід», «суб'єкт», «особистість» Г. Балл розглядає у контексті культури [3]. Утім, психологічне трактування особистості, що потребує поєднання чіткості й інтегративності, вчений вбачає в спрямуванні на раціогуманістичне орієнтування [2]. В галузі методології людинознавства зазначена раціогуманістична орієнтація потребує від представників різних підходів налагодження діалогу й відшукувати та застосовувати медіатори або засоби забезпечення їх продуктивності. Окрім цього, дослідник наполягає на необхідності максимального використання можливості використання задля цього системного підходу. Таким чином, системний підхід і є таким медіатором між конкуруючими підходами. Тобто, епістемологічні об'єкти або предмети дослідження в сучасному розмінні є системами розмаїття компонентів, які перебувають у деяких зв'язках між собою. Також Г. Балл акцентує увагу на важливості віддиференціювання понять, котрі характеризують системи, їх компоненти й властивості, а також понять, які мають нечіткий зміст (категорії). Саме категорії, на думку вченого, потребують конкретизації через виведення чітких, логічно релевантних понять, що можуть виступати повноцінними компонентами концепцій, гіпотез, теорій. У якості прикладу автор наводить конкретизацію понять

М. Ярошевським психологічної категорії «дія» в межах теорії діяльності О. Леонтьєва завдяки поняттям, що визначаються термінами «операція», «дія», «окрема (особлива) діяльність». Важливим висновком даного положення є то, що саме теорії, укладені з логічно релевантних понять, можуть бути покладені у підґрунтя стандартизованих процедур - експериментальних, психодіагностичних й тощо [3, с. 18]. Власне, це й є практичним виходом із кризи, з якою зіткнулися дослідники, які пропагували ідеї цілісного підходу (до них висувалося звинувачення, що їх дослідженням бракувало чіткості й об'єктивності).

Сформовані автором засади модельної концепції культури і особистості дозволяють визначити суттєві складові зазначених понять у вигляді системи або цілісності. Відтак, виходячи з теорії моделей, модельне ставлення є тернарне ставлення, що пов'язує три системи, а саме: моделююча система, модель, котра має інформацію про неї, й агент, або активна система, що використовує модель як джерело інформації про систему.

Далі, конкретизуючи психологічну категорію «особистість», вчений розкриває «систему характеристик (якостей і властивостей) особистого психологічного модулю культури» [2, с. 26]. Це дійсно цілісний погляд як на природу культури, так і особистість. Отже, культура (людська) «система процесів і результатів функціонування людства, що розглядаються в якості моделей» [2, с. 27]. А особистість – «система характеристик особистого психологічного модулю культури» [2, с. 27].

О. Сергієнко наголошує, що суттєвим аспектом розвитку системного підходу варто вважати системно-суб'єктний підхід [9]. Розробка системно-суб'єктного підходу в психології, зміст якого полягає у переході до цілісного вивчення людини, пронизана ідеями Б. Ананьєва. Принцип цілісного вивчення людини в її розвитку був основною методологічною стратегією вченого, орієнтований на багатоаспектне, міждисциплінарне вивчення людини в психології. Розвиток принципу цілісного аналізу людської психіки і її динамічних змін в онтогенезі втілювалися в системному підході в психології

(Б. Ломов), уособився в невід'ємній складовій системно-еволюційного підходу (В. Швирков; Ю. Александров) і слугує однією з підстав у розробці системно-суб'єктного підходу [9].

Виклад основного матеріалу і результатів теоретичного дослідження. Системним цілісним підходом до дослідження людини в психології може стати психологія суб'єкта. Суб'єкт розглядається як єдина метасистема (психіка в єдності її організації), саме в суб'єкті об'єднані й природно наукові і гуманістичні парадигми дослідження людини, у суб'єкті постає єдність універсального й унікального, розкривається індивідуальність людини. Об'єднання двох парадигм – системної й суб'єктно-діяльній – дозволяє помістити в центр концептуальної схеми психології людину-суб'єкта як стрижня психічної організації. На кожному етапі своєї реалізації суб'єкт сприймається як носій певної системності, що розкривається у взаємодії зі світом. Саме суб'єкт стає системоутворюючим чинником свого розвитку, утворюючи свою складну багаторівневу систему психічної організації. Вагомою ідеєю Б. Ананьєва щодо системно-суб'єктного підходу є уявлення, що все різноманіття феноменів людини може бути презентовано об'єднуючими рівнями її організації: індивід-особа-суб'єкт-індивідуальність. Для дослідника індивідуальність людини є інтегровальною. «Загальним ефектом цього злиття, інтеграції всіх властивостей людини як індивіда, особистості й суб'єкта діяльності є індивідуальність із її цілісною організацією цих властивостей і їх саморегуляцією» [1, с. 278]. У системно-суб'єктному підході інтегровальним чинником є суб'єкт, який поєднує всі індивідуальні ресурси й особливості людини. Але сама ідея об'єднання різних рівнів у організації феноменів людини залишається реалізацією ідей ученого.

Найважливішим і дискусійним питанням у системно-суб'єктному підході в психології залишається співвідношення категорій особистості й суб'єкта: «Зрозуміло, поділ людських властивостей на індивідні, особистісні й суб'єктні відносний, тому що вони суть характеристики людини як цілого,

котра є водночас природною й суспільною істотою. Ядро цього цілого – структура особистості, у якій перетинаються (узагальнюються) найважливіші властивості не тільки особистості, але також індивіда й суб'єкта» [8, с. 220]. Виділяючи в якості ядра людської організації особистість, Б. Ананьєв указує, що «структура особистості, яка склалася в процесі індивідуального розвитку людини, сама детермінує напрямок, ступінь зміни й рівень розвитку всіх феноменів психічного розвитку. С. Рубінштейн саме в цій структурі особистості, комплексі особистісних властивостей, вбачав ті внутрішні умови, через які діють ті або інші зовнішні фактори» [1, с. 218]. Тут ми бачимо відмінності в розумінні суб'єкта Б. Ананьєвим та авторами суб'єктно-діяльнісного підходу. Якщо для Б. Ананьєва особистість є стрижневою структурою системи, то для суб'єктно-діяльнісного підходу – суб'єкт, який завжди є особистістю, але не зводиться до неї. Для автора концепції людинознавства суб'єктом стає людина в процесі своєї професійної діяльності й творчості як вищого рівня професійної діяльності, тоді як у послідовників С. Рубінштейна суб'єкт - якісно інший спосіб самоорганізації, саморегуляції особистості [6].

На думку О. Сергієнко, особистість (персона) – це стрижнева структура суб'єкта, що зумовлює загальний напрямок самоорганізації й саморозвитку [8, 9]. Особистість визначає напрямок руху, а суб'єкт його конкретну реалізацію через координацію вибору цілей і ресурсів індивідуальності людини. У зв'язку з цим, носієм змісту внутрішнього світу людини є особистість, а реалізацією в певних життєвих обставинах, умовах, завданнях – суб'єкт. У цьому випадку людина буде застосовувати зрілі форми поведінки залежно від ступеня узгодженості в розвитку континууму «суб'єкт – особистість». Це означає, що людина прагне зберегти свою цілісність як суб'єкта й особистості. Отже, робити те, що відповідає її життєвим смислам і у відповідності із власною суб'єктністю, тобто у відповідності зі своєю інтегративною унікальністю. Показником синхронності й відповідності в

континуумі «особистість-суб'єкт» може бути спонтанність поведінки людини.

Окреслене гіпотетичне співвідношення категорій особистості й суб'єкта більшою мірою узгоджується з ідеями Б. Ананьєва про особистісне ядро цілісної організації людини. Суб'єкта він розглядав як діяльнісну складову, пов'язану з усіма підструктурами й рівнями людської організації. Як вважає дослідниця, одним із найбільш ефективних методів вивчення закономірностей психічної організації є реалізація принципу розвитку. Саме вивчення розвитку системної організації суб'єкта, його еволюції в онтогенезі, детермінант його розвитку дозволить перейти до ще більш інтегративного, цілісного аналізу психіки людини. Реалізуючи цей принцип, були виділені рівні розвитку суб'єктності людини (первинні рівні протосуб'єктності, рівень агента й наївного суб'єкта в ранньому онтогенезі людини) [7]. Це поступовий процес, де крок за кроком відбувається інтеграція унікальних і універсальних здібностей і досягнень людини на шляху становлення все нових рівнів суб'єктності. Застосування рівневого критерію до визначення суб'єктності дозволяє об'єднати різні точки зору на природу суб'єктності. Імовірно, різні точки зору поєднуються в більші ракурси суб'єктності, які представлені авторкою як суб'єкт розвитку – суб'єкт діяльності – суб'єкт життя. Людина водночас є і су'єктом розвитку, і суб'єктом діяльності, і суб'єктом життя. Але різні ракурси суб'єктності мають різні рівневі описи, різні системні конфігурації прояву суб'єктності. Всі іпостасі суб'єктності існують у різних формах і співвідношеннях у генезі людини, але їх співвідношення суттєво змінюється протягом її життя.

Автор виокремлює функції суб'єктності, а саме: когнітивна – розуміння; регулятивна – контроль поведінки; комунікативна – специфічна взаємодія суб'єкт – суб'єктних або суб'єкт – об'єктних відношень, що дозволяють висвітлити специфіку категорії суб'єкта в психології. Особистість постає як суб'єкт: когнітивна функція – осмислення (утворення смислів); регулятивна – переживання (ставлення до важливих життєвих

подій, що сприяють змінам у Я-концепції); комунікативна – спрямованість на суттєві аспекти реальності. Тут функції суб'єкта і особистості перетинаються, нерозривно пов'язані між собою. Таким чином, дослідниця робить висновок, що на різних рівнях психічного розвитку людини зазначені функції реалізуються у відповідності з рівнем розвитку особистості й суб'єкта [7, с. 46].

Отже, суб'єктивні особливості окремої людини, несхожість кожної особистісної історії та передумов становлення сприяють організації цілісності особистості та активного суб'єкта власної життєдіяльності. Таку особистість Г. Олпорт вважає психологічно зрілою й виокремлює такі її характеристики:

- зріла людина має широкі границі «Я» (може подивитися на себе зі сторони);
- зріла людина є здатною до теплих, сердечних соціальних стосунків;
- зріла людина демонструє емоційну нестурбованість й самоприйняття (має позитивне уявлення про себе і здатна толерантно ставитись до фрустрацій, власних недоліків);
- зрілій людині притаманне реалістичне сприйняття, досвід і домагання (сприймає речі такими, якими вони насправді є, а не тільки так, як хотілося б бачити);
- зріла людина володіє здатністю до самопізнання (самооб'єктивності);
- зріла людина має цільну життєву філософію, позицію (здатна бачити цілісну картину завдяки ясному, систематичному й послідовному виокремленню значущого у власному житті) [4, с. 118].

Цілісну людину К. Роджерс вбачав як «повноцінно функціонуючу», яка реалізує власний потенціал, спрямовується до пізнання себе та власних переживань й володіє такими характеристиками:

- відкритість до переживань (здатність до усвідомлення власних глибинних думок та почуттів);

- екзистенційний образ життя (гнучкість, адаптивність, терпимість, безпосередність);
- організмична довіра (здатність приймати до уваги власні внутрішні відчуття і розглядати їх як основу поведінки);
- емірична свобода (почуття особистої влади, здатність здійснювати вибір й керувати собою);
- креативність (стремління жити конструктивно й адаптивно у власній культурі, задовольняти найглибші власні потреби) [5, с. 118-119].

Таким чином, цілісність представляється як автономність й свідоме функціонування на основі внутрішніх змінних (життєві значущості, стремління до самоактуалізації, «Я-концепція») серед зазначених змінних провідну роль відіграє система особистісних цінностей. Відповідно психологічна зрілість цієї системи є необхідною характеристикою цілісності особистості.

Відтак, можна зробити висновок щодо вагомості передусім індивідуального рівню розвитку, ніж чітко визначених стадій формування смислової системи особистості. Тому постає питання щодо виділення критеріїв оцінки специфіки цілісності та рівню розвитку зрілості особистості, що не співвідносяться із певним віковим періодом, а носять універсальний «позавіковий» характер.

Висновки. Втім, власне системно-цілісний підхід дозволяє відобразити специфіку диференціації і інтеграції цілісності особистості; виокремлення спільного між системами, модальностями, диспозиціями цілісності особистості й водночас суттєву різницю між ними і субмодальностями; інтеграцію цілісності особистості й виявлення чинників, що надають цієї цілісності і єдності, не зважаючи на багатоплановість. З позицій системно-цілісного підходу варто здійснити теоретичний аналіз полісистемної цілісності особистості та її загальних складових: субмодальностей, полярних категорій, біполярних категорій. Такими поняттями визначаються ментальні репрезентації цілісності особистості в різних сферах її цілісного світу.

В якості провідних чинників, доцільно виділити системні поняття ізомерії, багатомірності, ієрархії. Ізомерію розглядають як механізм зв'язку, переходів від одних компонентів полімодальної цілісності особистості до інших. Багатомірність слід розкривати як багатоаспектність полісистемної цілісності особистості. Ієрархію необхідно відобразити через «вертикаль» і «горизонталь» у структурі полімодальної цілісності особистості. Так, «вертикальна» структура – це є холон, особлива форма співвідношення цілого і частин.

У перспективі дослідження – вивчення особливостей становлення полісистемної цілісності особистості в онтогенезі з позиції системного підходу.

Список використаних джерел

1. Ананьев Б. Г. Психология и проблемы человекознания: избр. психол. тр. / Б. Г. Ананьев [ред. А. А. Бодалев].- М.: Изд-во «Ин-т практ. психологии»; Воронеж : НПО «МОДЭК», 1996. - 382
2. Балл Г. Система принципів раціогуманізму / Г. Балл // Психологія і суспільство.- 2011.- № 4.- С. 16-32.
3. Балл Г. А. Понятие «личность» в контексте модельной трактовки культуры / Г. А. Балл, В. А. Мединцев // Мир психологии.- 2012.- № 3 (71).- С. 17-30.
4. Олпорт Г. Становление личности: Избранные труды / Г. Олпорт [пер. с англ. Л. В. Трубицыной, Д. А. Леонтьева]; [ред. Д. А. Леонтьев]. - М.: Смысл, 2002. – 462 с.
5. Романова Е. А. Целостность личности в современном обществе: социально-философский анализ / Екатерина Александровна Романова автореферат дис. ... канд. философских наук: 09.00.11.- Уфа, 2011.- 20 с.
6. Рубинштейн С. Л. Теоретические вопросы психологии и проблема личности. / С. Л. Рубинштейн // Психология личности. Тексты. - М., 1982. - С. 28-35.

7. Сергиенко Е. А. Модель психического в онтогенезе человека / Е. А. Сергиенко, Е. И. Лебедева, О. А. Прусакова. – М.: Ин-т психологии РАН, 2009. – 431 с.

8. Сергиенко Е. А. Соотношение категорий субъекта и личности / Е. А. Сергиенко // Личность в изменяющихся социальных условиях: сб. научн. ст. / отв. ред. Е. В. Гордиенко. – Красноярск, 2010. – С.7 - 11.

9. Сергиенко Е. А. Системно-субъектный подход: обоснование и перспектива / Е. А. Сергиенко // Психологический журнал.- 2011.- Т.32, № 1.- С. 120-132.

10. Сергиенко Е. А. Субъект и личность: поиск единства и специфики / Е. А. Сергиенко // Мир психологии.- 2012.- № 3 (71).- С. 30-49.

References

1. Ananyev, B. G. (1996), *Psykhohyia ta problemy chelovekoznannyya: vybr. psychol. pratsi* [Psychology and problems of knowledge of persons: select. psychol.works], Publishing house "Inst. Pract. psychology", Moscow; NPO MODEK, Voronezh.

2. Ball, G. (2011), "System of principles for development", *Psykhohyia i suspil'stvo*, vol. 4, pp. 16-32.

3. Ball, A. A. (2012), "The concept of "personality" in the context of the model interpretation of culture", *Myr Psykhohyuy*, vol. 3 (71), pp. 17-30.

4. Allport, G. (2002), *Stanovlenye lychnosty: Yzbrannyye trydy* [Formation of personality: Selected works], Meaning, Moscow, Ru.

5. Romanova, E. A. (2011), *Tselostnost' lychnosty v sovremennom obschestve: sotsyal'no-fylosofskyyi analiz* [Personality Integrity in Modern Society: Socio-Philosophical Analysis], Ufa.

6. Rubinstein, S. L. (1982), "Theoretical questions of psychology and the problem of personality", *Psychohyia lychnosty*, pp. 28-35.

7. Sergienko, E. A. Lebedeva, E. I., Prusakova O. A. (2009), *Model' psykhycheskoho v ontoheneze cheloveka* [The mental model in human ontogenesis], Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moskow, Ru.
8. Sergienko, E. A. Gordienko, E.V. and ets, *Sootnoshenye katehoryi sub'ekta y lychnosty* [The ratio of the categories of subject and personality], Personality in changing social conditions: Coll. scientific Art., pp.7-11.
9. Sergienko, E. A. (2011), System-Subject Approach: Rationale and Perspective, *Psykhologhycheskyi zhurnal*, vol. 32 (1), pp. 120-132.
10. Sergienko, E. A. (2012), Subject and personality: search for unity and specificity , *Myr psykholohyy*, vol. 3 (71), pp. 30-49.

УДК 613.8+37.04:37.06

Грись Антоніна Михайлівна, доктор психологічних наук, професор, професор кафедри психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП», 02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна; +38 (067) 971-73-20

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0153-2303>

Марушевська Вікторія Воолодимирівна, магістр психології, ПрАТ ВНЗ «МАУП», 02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна; +38 (095) 41=14-206

ORCID:

ПРОЯВИ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Анотація

Ключові слова: шкільна адаптація, діти, початкова школа, першокласники, адаптація, дезадаптація.

Постановка проблеми. Проблема адаптації дитини до школи має комплексний (медичний, педагогічний, психологічний) характер. Дошкільний та молодший шкільний вік є сензитивними періодами соціального становлення особистості дитини як повноцінного члена суспільства. Від адаптації дитини в початковій школі залежить все її подальше життя, тому важливо визначити основні прояви адаптації дітей до школи саме в першому класі.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Молодші школярі повинні, з одного боку, пережити зміну розпорядку дня, пристосуватися до нових умов спілкування, а з іншого – сприйняти та привнести у власне життя нові специфічні правила, вимоги і предмети, пов'язані з навчанням у школі. При порушенні успішної адаптації до умов школи, в дитини може виникнути стан дезадаптації, як результат різкої зміни умов середовища, до якого вона може бути не готова. Ознаками дезадаптації є підвищена стомлюваність, дратівливість, спалахи гніву, замкнутість, погана успішність, агресивність

або, навпаки, надмірна соромливість, підвищена тривожність, низька самооцінка. Прояви дезадаптації такі: відставання від програми; швидка втомлюваність; недисциплінованість; невміння будувати відносини з однолітками та дорослими; підвищена тривожність, плаксивість; спад працездатності наприкінці дня; неадекватна поведінка; неуспішність у навчанні.

Формулювання мети статті. Метою є теоретичне та емпіричне дослідження особливостей шкільної адаптації першокласників.

Виклад основного матеріалу. В процесі емпіричного дослідження особливостей адаптації до школи дітей молодшого шкільного віку, було проведено оцінювання рівня шкільної мотивації й адаптації за анкетю Н. Лусканової, застосовано опитувальник для визначення рівня адаптації дитини до школи (Л. М. Ковальова, Н. Н. Тарасенко), використано методику «Будиночки» О.А. Орехової, методику «Школа звірів». У 15 % досліджених дітей виявлено негативні асоціації, пов'язані зі школою.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Успішна адаптація до початкової школи є необхідною умовою розвитку кожної дитини як особистості, її індивідуальності, продуктивної активної діяльності, творчості.

Аннотація

Грысь А. М., доктор психологических наук, профессор, професор кафедри психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; **Марушевская В. В.**, магистр кафедри психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; г. Киев, Украина. **Проявления адаптации детей младшего школьного возраста.**

Ключевые слова: школьная адаптация, дети, начальная школа, первоклассники, адаптация, дезадаптация.

Постановка проблемы. Проблема адаптации ребенка к школе имеет комплексный (медицинский, педагогический, психологический) характер. Дошкольный и младший школьный возраст являются сензитивными

периодами социального становления личности ребенка как полноценного члена общества. От адаптации ребенка в школе зависит все его дальнейшая жизнь, поэтому важно определить основные проявления адаптации детей к школе именно в первом классе.

Анализ последних исследований и публикаций. Младшие школьники должны, с одной стороны, пережить смену распорядка дня, приспособиться к новым условиям общения, а с другой - принять и привнести в свою жизнь новые специфические правила, требования и предметы, связанные с обучением в школе. При нарушении успешной адаптации к условиям школы, у ребенка может возникнуть состояние дезадаптации, как результат резкого изменения условий среды, к которому он может оказаться не готов. Признаками дезадаптации являются: повышенная утомляемость, раздражительность, вспышки гнева, замкнутость, плохая успеваемость, агрессивность или, наоборот, чрезмерная застенчивость, повышенная тревожность, низкая самооценка. Проявления дезадаптации такие: отставание от программы; быстрая утомляемость; недисциплинированность; неумение строить отношения со сверстниками и взрослыми; повышенная тревожность, плаксивость; спад работоспособности в конце дня; неадекватное поведение; неуспеваемость в учебе.

Формулировка цели статьи. Целью является теоретическое и эмпирическое исследование особенностей школьной адаптации первоклассников.

Изложение основного материала. В процессе эмпирического исследования особенностей адаптации к школе детей младшего школьного возраста, было проведено оценивание уровня школьной мотивации и адаптации по анкете Н. Лускановой, применен опросник для определения уровня адаптации ребенка к школе (Л. Н. Ковалева, Н. Н. Тарасенко), использованы методика «Домики» А.А. Орехова и методика «Школа зверей». У 15% исследованных детей выявлены негативные ассоциации, связанные со школой.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Успешная адаптация к начальной школе является необходимым условием развития каждого ребенка как личности, его индивидуальности, продуктивной активной деятельности, творчества.

Annotation

Grys A. M., PhD, Doctor of Psychology, Professor, Professor of the of the Department of Psychology of the Private Joint-Stock Company “Higher Educational Institution “Interregional Academy of Personnel Management”;
Marushevs’ka V.V., Magister of the Department of Psychology of the Private Joint-Stock Company “Higher Educational Institution “Interregional Academy of Personnel Management”; Kyiv, Ukraine. **Manifestations of adaptation of children of primary school age.**

Key words: school adaptation, children, elementary school, first-graders, adaptation, disadaptation.

Formulation of the problem. The problem of adapting a child to school is complex (medical, pedagogical, psychological). Preschool and primary school age are sensitive periods of the social formation of the child's personality as a full-fledged member of society. All future life depends on the child's adaptation at school, therefore it is important to determine the main manifestations of children’s adaptation to school in the first grade.

Analysis of recent research and publications. Younger students should, on the one hand, survive the change of daily routine, adapt to the new conditions of communication, and on the other hand, accept and introduce into their lives new specific rules, requirements and subjects related to schooling. In case of violation of successful adaptation to school conditions, the child may experience a state of disadaptation, as a result of a drastic change in environmental conditions for which he may not be ready. Symptoms of maladaptation are: fatigue, irritability, outbursts of anger, isolation, poor performance, aggressiveness or, conversely, excessive shyness, increased anxiety, low self-esteem. Manifestations of maladjustment are:

lag from the program; fast fatiguability; indiscipline; inability to build relationships with peers and adults; increased anxiety, tearfulness; a decline in performance at the end of the day; inappropriate behavior; academic failure.

Formulating the purpose of the article. The goal is a theoretical and empirical study of the features of school adaptation of first-graders.

The presentation of the main material. In the process of empirical research on the characteristics of adaptation to school children of primary school age, an assessment was made of the level of school motivation and adaptation on the N. Luskanova questionnaire, a questionnaire was used to determine the level of adaptation of a child to school (L. N. Kovaleva, N. N. Tarasenko), used methods "Houses" A.A. Orekhov and the School of Beasts methodology. 15% of the children studied had negative associations associated with school.

Conclusions and prospects for further research. Successful adaptation to primary school is a prerequisite for the development of each child as an individual, his individuality, productive activity, and creativity.

Ключові слова: шкільна адаптація, діти, початкова школа, першокласники, адаптація, дезадаптація.

Актуальність дослідження. Від адаптації дитини в початковій школі залежить все її подальше життя: якщо не прищепити любов до навчальної діяльності, якщо не створити ситуацію успіху, не розвинути якості її особистості, якщо дитина не навчиться дружити і спілкуватися, вона втратить інтерес до навчання. Вирішити цю проблему в середньому або старшому віці набагато важче, тому важливо визначити основні прояви адаптації дітей до школи саме в першому класі.

Постановка проблеми. Труднощі, пов'язані з адаптацією першокласників, є відображенням поступового входження дитини в нову соціальну ситуацію розвитку: в неї з'являються нові обов'язки (вчасно приходити до школи, виконувати домашні завдання, дотримуватися

розкладу занять). Йде процес адаптації до нового колективу ровесників, зав'язуються ділові особисті стосунки з учителем. Нарешті, змінюється соціальна позиція дитини в сім'ї, ставлення до неї інших членів родини. Формується світогляд дитини, виникають нові уявлення і погляди. Збагачується світ її почуттів, естетичних переживань, ширшими стають інтереси, захоплення. Всю цю «програму» дитина засвоює в перші шкільні роки. Враховуючи, що енергія дитинства практично невичерпна, якщо її вміло спрямувати, потрібно усвідомити, як важливо знати особливості процесу адаптації до школи кожної окремо взятої дитини, щоб запобігти різним ускладненням до завершення нею початкової ланки освіти.

Слід врахувати, що, крім інтелектуального навантаження, яке різко збільшується зі вступом дитини до школи, сильно зростають, в порівнянні з минулим періодом життя, й фізичні навантаження, пов'язані з тривалою вимушеною нерухомістю, а для дітей 6-7 років саме це являється найбільш стомлюючим.

Загалом, проблема адаптації дитини до школи має медичний, педагогічний та психологічний характер. У психології дану проблему досліджували такі вчені, як П. Блонський, Л. Божович, Я. Коломинський, Є. Панько, А. Маркова, Р. Овчарова, А. Реан, І. Дубровіна, М. Бітянова та багато інших.

Аналіз соціально-педагогічних досліджень свідчить про зростаючий інтерес учених до проблеми ранньої соціалізації дітей. Так, проблема соціалізації особистості розглядалася з філософських, соціологічних, психологічних, культурологічних, педагогічних позицій.

О. Кривчикова і Т. Лясота на основі аналізу літературних джерел переконують, що результативність адаптації дитини до шкільного навчання в значній мірі визначає увесь подальший період перебування в ЗОШ [5, с.162-163].

Дошкільний та молодший шкільний вік є сензитивними періодами соціального становлення особистості дитини як повноцінного члена

суспільства. Значно розширюється сфера соціальних контактів дитини. На думку М.Р. Битянової, М.М. Врублевської та інших дослідників, саме в початковій школі починають формуватися системи відносин дитини зі світом і самою собою, ті стійкі форми взаємин з однолітками й дорослими та базові навчальні установки, які істотною мірою визначають надалі успішність її шкільного навчання, можливості особистісної самореалізації в шкільному середовищі [6, с.252].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Адаптація (з латинської *adapto*) означає пристосування. Молодші школярі повинні, з одного боку, пережити зміну розпорядку дня, пристосуватися до нових умов спілкування, а з іншого – сприйняти та привнести у власне життя нові специфічні правила, вимоги і предмети, пов'язані з навчанням у школі.

Під адаптацією дітей до школи В. Цилев розуміє процес звикання дитини до шкільних вимог і порядків, нового для неї оточення, умов діяльності [10, с. 27].

А. Л. Вернер виділяє такі рівні шкільної адаптації [7, с.12-13]:

- **Високий:** учень позитивно ставиться до школи; вимоги сприймає адекватно; навчальний матеріал засвоює легко, глибоко, повністю; розв'язує ускладнені задачі; старанний, уважно слухає вказівки, роз'яснення вчителя; виконує доручення без зайвого контролю; виявляє великий інтерес до самостійної роботи; готується до всіх уроків; має у класі позитивний статус.

- **Середній:** учень позитивно ставиться до школи, її відвідування не викликає негативних переживань; розуміє навчальний матеріал, якщо вчитель викладає його детально і наочно; засвоює головний зміст навчальних програм; самостійно розв'язує типові задачі; буває зосередженим тільки тоді, коли зайнятий чимось для нього цікавим; громадські доручення виконує сумлінно; товаришує з багатьма однокласниками.

- **Низький:** учень негативно ставиться до школи; бувають скарги на погане самопочуття; домінує пригнічений настрій; спостерігається порушення дисципліни; матеріал, який пояснює вчитель, засвоює

фрагментарно, самотійна робота з підручником ускладнена; зберігає працездатність і увагу за умови тривалих пауз для відпочинку; близьких друзів немає.

Процес адаптації першокласників протікає на наступних рівнях:

- біологічному (приспособлення до нового режиму навчання й життя);
- психологічному (входження до нової системи вимог, пов'язаних з виконанням навчальної діяльності);
- соціальному (входження до учнівського колективу).

Все це означає суттєву перебудову життя, фізіологічних та психічних станів першокласників, що супроводжується неприємними відчуттями дискомфорту (пов'язаними, в основному, зі втратою звичних й улюблених занять, зміною соціального оточення), зламом і дисбалансом динамічних стереотипів, швидким накопиченням нової інформації та особистісними змінами. Проявами таких станів можуть бути тривожність, фрустрація, депресія, нестача впевненості в собі, невротичні прояви [9, с. 168-171].

Адаптацію можна розглядати в різних аспектах. Але хотілося б зупинитися на основних ознаках адаптації дитини:

- перебування в спокійному, врівноваженому стані;
- стриманість, уважність на уроках; активність і рухливість на перервах; прояв інтересу до нових людей, дорослих, дітей; зацікавленість в огляді інтер'єру класу, школи, приміщень; спостережливість, інтерес до старшокласників;
- легка орієнтація у просторі школи, демонстрація батькам своєї обізнаності вже через тиждень;
- легке розуміння і готовність виконувати вимоги вчителя, не чекаючи його заохочення; позитивне оцінювання дитиною своїх дій, результатів власних зусиль;
- адекватне сприйняття негативної оцінки дорослого;
- ініціативний характер спілкування в період навчальної діяльності; активність на уроках;

- комунікабельність у спілкуванні з учнями не лише свого класу; успішне опанування навчального матеріалу [4, с. 275].

При порушенні успішної адаптації до умов шкільного середовища, в дитини може виникнути стан дезадаптації, що є негативним наслідком спотворення процесу активного пристосування учня першого класу до нових умов. Дезадаптація може настати як результат різкої зміни умов середовища, до якого дитина може бути не готова [3, с. 53].

Ознаками дезадаптації є: підвищена стомлюваність, дратівливість, спалахи гніву, замкнутість, погана успішність, агресивність або, навпаки, надмірна соромливість, підвищена тривожність, низька самооцінка. Прояви дезадаптації такі: відставання від програми; швидка втомлюваність; недисциплінованість; невміння будувати відносини з однолітками та дорослими; підвищена тривожність, плаксивість; спад працездатності наприкінці дня; неадекватна поведінка; неуспішність у навчанні [8, с.41].

Сучасні науковці виділяють низку причин, що визначають прояви дезадаптації учнів першого класу [1, с. 12]:

- неправильні методи виховання в сім'ї: завищені очікування батьків щодо навчання дітей; байдуже ставлення до навчання та виховання дитини; акцентування уваги дитини на недоліках школи чи педагога замість розмов про приємні моменти шкільного життя; гіперопіка дитини;

- порушення відносин у школі в системі «учень – вчитель», «учень – учні»: дидактогенія (психогенний вплив чинить сам процес навчання); дидаскологенія (некоректне ставлення вчителя до учня); злиття дидактогенії й індивідуальної чутливості центральної нервової системи дитини; порушення стосунків з однокласниками;

- індивідуальні особливості психічного розвитку дитини: невисокий інтелектуальний потенціал; затримка психічного розвитку; гіперактивність; труднощі у вольовій регуляції поведінки, навчальної діяльності; несформованість мотивації до навчання; завищена самооцінка й рівень домагань дитини чи батьків; підвищена чутливість ЦНС; підвищений рівень

тривожності; агресивність; замкнутість; соматичне ослаблення (хронічні захворювання) тощо [2, с. 14].

Формулювання мети статті. Метою є теоретичне та емпіричне дослідження особливостей шкільної адаптації першокласників.

Виклад основного матеріалу. На першому етапі емпіричного дослідження особливостей адаптації до школи дітей молодшого шкільного віку, було проведено оцінювання рівня шкільної мотивації й адаптації за анкетною Н. Лусканової. За цією методикою отримали такі результати: середній і низький рівень шкільної адаптації співпадають і становлять по 30% у першокласників, високий рівень шкільної адаптації у 12 % досліджених дітей, зовнішня мотивація у 20 %, 8 % - шкільна дезадаптація. Діти з високим рівнем адаптації відносно швидко входять в колектив, освоюються в школі, знаходять нових друзів в класі, у них майже завжди гарний настрій, вони доброзичливі, сумлінно і без видимої напруги виконують всі вимоги вчителя. Іноді в них відмічаються складності або в контактах з дітьми, або у стосунках із учителем, оскільки їм ще важко виконувати всі вимоги правил шкільної поведінки, але до кінця жовтня відбувається засвоєння і нового статусу, і нових вимог, і нового режиму. Ці якості дозволяють їм із перших днів відчувати свої успіхи, що ще більше підвищує навчальну мотивацію. Це легка форма адаптації. Діти з середнім рівнем адаптації мають тривалий період адаптації, період невідповідності їхньої поведінки вимогам школи затягується: діти не можуть прийняти ситуацію навчання, спілкування з учителем, дітьми. Як правило, ці діти зазнають труднощі в засвоєнні навчальної програми. Завдяки доброзичливому і тактовному відношенню вчителя, до кінця першого півріччя реакції цих дітей стають адекватними шкільним вимогам. Це форма середнього рівня адаптації.

Зовнішня мотивація буває різною - від кишенькових грошей до оцінок в школі. Вона зводиться до фрази: «Зроби ось так - і отримаєш ось це». Психолог Альфі Кон в книзі «Покарання нагородою» застерігає не тільки

батьків, але і вчителів від різних заохочень. Одні батьки обіцяють зводити дитину в зоопарк за гарне навчання, інші купують гаджети або навіть платять гроші. Проблема в тому, що це не працює: школяр вчиться так само погано, а на додачу ще й ображається, що не отримав те, що йому обіцяли.

Діти, в яких соціально-психологічна адаптація пов'язана із значними труднощами, погано засвоюють навчальну програму, у них проявляються негативні форми поведінки, різкий прояв негативних емоцій. Саме на таких дітей найчастіше скаржаться вчителі, батьки. Постійні неуспіхи в навчанні, відсутність контакту з вчителем створюють відчуження і негативне відношення однолітків. Серед цих дітей можуть бути ті, хто потребує лікування - учні з порушеннями психоневрологічної сфери, проте можуть бути і учні, не готові до навчання в школі. Це «група ризику».

На другому етапі дослідження, було застосовано опитувальник для визначення рівня адаптації дитини до школи (Л. М. Ковальова, Н. Н. Тарасенко). Майже у половини досліджуваних першокласників дезадаптація відсутня, нормальний показник. У 28 % дітей середній показник дезадаптації, у 17 % дітей високий показник дезадаптації, у 7 % - серйозний показник дезадаптації. Отже, 52 % всіх опитаних першокласників потребують допомоги з боку вчителів та батьків. Тобто більшість дітей відчують труднощі у навчанні, у спілкуванні з учителями та однолітками.

На третьому етапі була використана методика «Будиночки» О. А. Орехової. Отримали такі результати за завданням № 1 цієї методики: 48 % першокласників навчаються у оптимальному для них режимі. У 12 % спостерігається хронічна втома, у 13 % є перезбудження, у 27 % стан втоми компенсується, тобто самовідновлення оптимальної працездатності відбувається за рахунок періодичного зниження активності.

Далі були отримані дані за методикою «Будиночки» по завданню № 2 для кожного учня. Завдання № 2 характеризує сферу соціальних емоцій. У 40 % дітей емоційний стан в нормі, у 23 % першокласників переважають позитивні емоції, у 37 % - переважають негативні емоції.

У завданні №3 відображено емоційне ставлення дитини до себе, шкільної діяльності, вчителя та однокласників. Позитивне ставлення до школи маємо у 43 % всіх досліджуваних дітей. У 27 % учнів спостерігається негативне відношення до школи, у 30 % - амбівалентне відношення.

Наступна методика, що була застосована у дослідженні, методика «Школа звірів». У 17 дітей з усіх досліджуваних відсутні негативні асоціації, пов'язані зі школою. У 6-ох першокласників наявні негативні асоціації зі школою, у 9 – ти дітей присутня внутрішня агресія, у 8 - ми учнів наявні труднощі у спілкуванні з однолітками. На рисунку 1 можна побачити структурний розподіл результатів дослідження за методикою «Школа звірів».

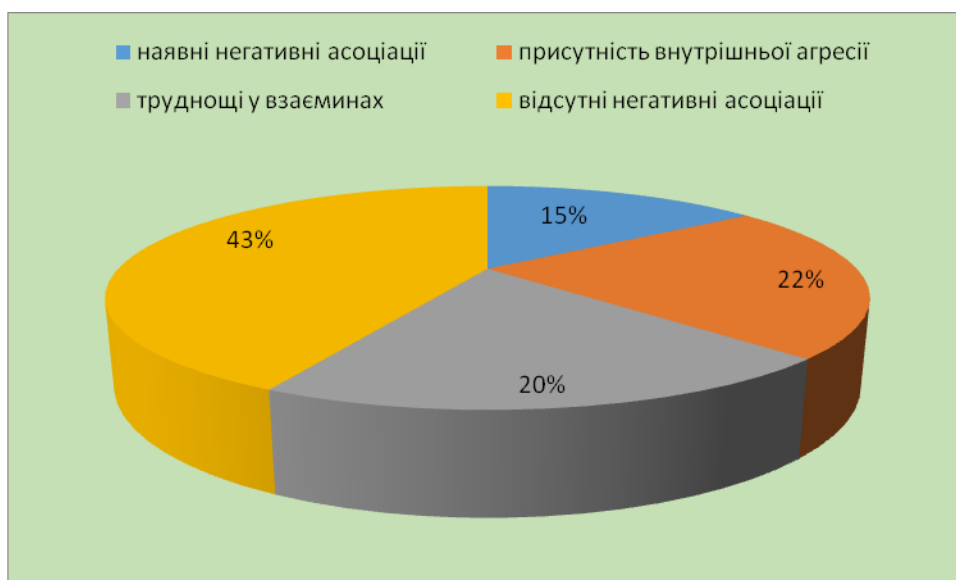


Рис. 1 Структурний розподіл результатів за проективною методикою «школа звірів»

У 43 % випробовуваних школярів відсутні негативні асоціації, у 22 % дітей присутня внутрішня агресія. Труднощі у взаєминах спостерігаються у 20 % досліджуваних першокласників. У 15 % дітей наявні негативні асоціації, що пов'язані зі школою.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Процес адаптації до шкільного навчання може викликати у дитини серйозне психічне навантаження, тому що вступ до першого класу означає суттєву перебудову життя, фізіологічних та психічних станів першокласників, що

супроводжується неприємними відчуттями дискомфорту, швидким накопиченням нової інформації та особистісними змінами.

Основні ознаки успішної адаптації дитини такі: перебування в спокійному, врівноваженому стані; стриманість, уважність на уроках; активність і рухливість на перервах; прояв інтересу до нових людей, дорослих, дітей; зацікавленість в огляді інтер'єру класу, школи, приміщень; спостережливість, інтерес до старшокласників; легка орієнтація у просторі школи, демонстрація батькам своєї обізнаності вже через тиждень; легке розуміння і готовність виконувати вимоги вчителя, не чекаючи його заохочення; позитивне оцінювання дитиною своїх дій, результатів власних зусиль; адекватне сприйняття негативної оцінки дорослого; ініціативний характер спілкування в період навчальної діяльності; активність на уроках; комунікабельність у спілкуванні з учнями не лише свого класу; успішне опанування навчального матеріалу.

Підсумовуючи результати проведеного емпіричного дослідження, можна зробити висновки, що слід приділити увагу емоційному стану першокласників, налагодити взаємини між учнями, допомогти дітям організувати оптимальний навчальний режим.

Успішна адаптація до початкової школи є необхідною умовою розвитку кожної дитини як особистості, її індивідуальності, продуктивної активної діяльності, творчості.

Список використаних джерел

1. Берник О. Н., Козак І. К.: Адаптаційні заняття для майбутніх першокласників, які не відвідують ДНЗ / О. Н. Берник, І. К. Козак // Почат. навчання та виховання: наук.-метод. журн. - 2009. - № 27. - С. 3-14.
2. Гуріна О. Адаптація першокласників: Семінар для вчителів початкових класів / О. Гуріна // Психолог. Шкільний світ. – 2008. – № 15. – С. 13-16.
3. Дубчак О. Дитина йде до школи: радощі й турботи / О. Дубчак // Початкова школа. – 2003. – № 4. – С. 52-55.

4. Лемешева Т. Є. Етапи соціалізації дитини: підготовка до школи та адаптація першокласників / Т. Є. Лемешева, І. М. Подавільнікова // Таврійський вісник освіти. - 2013. - № 4. - С. 270-278.

5. Кривчикова О. Психомоторний стан як фактор адаптації учнів початкових класів до умов навчання в школі / О. Кривчикова, Т. Лясота // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві.- 2008.- №2.- С. 162-164.

6. Крупник Г. А. Особливості психологічного супроводу адаптації першокласників до навчального процесу / Крупник Г. А. // Таврійський вісник освіти.- 2014.- № 2 (46).- С. 251-257.

7. Опанасюк Г. Алгоритм супроводу дітей в адаптаційний період / Г. Опанасюк // Психолог.- 2009.- Січень (№3-4).- С. 12-18.

8. Перегончук Н. Психологічні основи проявів дезадаптації учнів початкової школи / Н. Перегончук // Наукові записки: Збірник матеріалів науково-практичної конференції викладачів і студентів.– Серія «Початкове навчання».– Вип. 5. Частина II.– Вінниця, 2007.– С. 40-42.

9. Розіна І. В. Вплив тривожності на процес адаптації учнів п'ятих класів / І. В. Розіна, Х. О. Андріяш // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка.-2010.- Т II.-№ 82.-С.168-171.

10. Цилев В. Діагностика психологічної готовності дітей до школи / В. Цилев // Все про адаптацію.– 2004.– №25-26.– С. 14-21.

References

1. Bernyk, O. N. Kozak, I. K. (2009), *Adaptatsiini zaniattia dlia maibutnikh pershoklasnykiv, yaki ne vidviduiut DNZ*, [Adaptation classes for future first-graders who do not attend the DNE], *Pochat. navchannia ta vykhovannia: nauk.-metod. Zhurn.*, vol.27, pp. 3-14.

2. Hurina, O. (2008), *Adaptatsiia pershoklasnykiv: Seminar dlia vchyteliv pochatkovykh klasiv*, [Adaptation of first-graders: Seminar for primary school teachers], *Psykhologh. Shkilnyi svit*, vol. 5, pp. 13-16.

3. Dubchak, O. (2003), *Dytyna yde do shkoly: radoshchi y turboty*, [The child goes to school: joys and cares], Pochatkova shkola/ vol. 4, pp. 52-55.

4. Lemesheva, T. E. Podadlivnikova, I. M. (2013), *Etapy sotsializatsii dytyny: pidhotovka do shkoly ta adaptatsiia pershoklasnykiv*, [Stages of socialization of a child: preparation for school and adaptation of first-graders], Tavriiskyi visnyk osvity, vol. 4, pp. 270-278.

5. Kryvchykova, O. Liasota, T. (2008), *Psykhomotornyi stan yak faktor adaptatsii uchniv pochatkovykh klasiv do umov navchannia v shkoli*, [Psychomotor state as a factor of adaptation of primary school pupils to school conditions], Fizychno vykhovannia, sport i kultura zdorovia u suchasnomu suspilstvi, vol. 2, pp. 162-164.

6. Krupnyk, H. A. (2014), *Osoblyvosti psykholohichnoho suprovodu adaptatsii pershoklasnykiv do navchalnoho protsesu*, [Features of psychological support of adaptation of first-graders to the educational process], Tavriiskyi visnyk osvity, vol. 2 (46), pp. 251-257.

7. Opanasiuk, H. (2009), *Alhorytm suprovodu ditei v adaptatsiinyi period*, [The Algorithm for Accompanying Children in the Adaptation Period], Psykholog, vol. 1(3-4), pp. 12-18.

8. Perehonchuk, N. (2007), *Psykhologichni osnovy proiaviv dezadaptatsii uchniv pochatkovoï shkoly*, [Psychological bases of manifestations of maladaptation of elementary school students], Naukovi zapysky: Zbirnyk materialiv naukovo-praktychnoi konferentsii vykladachiv i studentiv. Seriia «Pochatkove navchannia», vol. 5, Ch. II, pp. 40-42.

9. Rozina, I. V. (2010), *Vplyv tryvozhnosti na protses adaptatsii uchniv piatykh klasiv*, [Influence of anxiety on the process of adaptation of fifth grade students], Visnyk Chernihivskoho natsionalnoho pedahohichnoho universytetu imeni T. H. Shevchenka, T II, vol. 82, pp.168-171.

10. Tsyliiev, V. (2004), *Diahnostyka psykholohichnoi hotovnosti ditei do shkoly*, [Diagnostics of children's psychological readiness for school], Vse pro adaptatsiiu, vol. 25-26, pp. 14-21.

УДК 616.891.6

Данилова Венедикта, доктор медицинских наук, невролог, Гилель Яффе медицинский центр, Хадера, Израиль; +(972)546567 027; vendidamilov@gmail.com

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-6029-1546>

Козлов Михаил, доктор философии, директор Института интеграции и профессиональной адаптации, Нетания, Израиль; +(972)527 052 460; 19mike19k@gmail.com

ORCID <https://orcid.org/0000-0003-4831-8571>

О НЕКОТОРЫХ НЕГАТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ДЕФолТНОГО СОСТОЯНИЯ МОЗГА

Аннотация

Ключевые слова: тревожное состояние, субъектныemodelи знаний, инфаркт, инсульт, вариабельность сердечного ритма.

Постановка проблемы. Рассмотрение механизма запуска нейрогуморальной регуляции в результате субъективной негативной оценки ситуации при дефолтном состоянии мозга (ДСМ), способного привести к катастрофическим последствиям для здоровья человека.

Анализ последних исследований. На основании проведенных исследований британскими и канадскими учеными были получены данные мета-анализа больных сострым инфарктом миокарда и с инсультом, указывающие на то, что люди, страдающие от сердечно-сосудистых заболеваний, чаще умирают ночью и по выходным дням.

Формулировка цели статьи. Цель – показать важность учета ДСМ и необходимость внедрения в повсеместную практику средств

систематического контроля тревожного состояния при профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний нервной системы.

Изложение основного материала. Рассмотрена корреляция увеличения смертности больных с инфарктами и инсультами в ночное время и выходные дни с особенностями работы дефолтной нервной сети мозга. Проведен анализ информации по ДСМ, работы памяти и принятия решений, влияния медитации на ДСМ, процедуры формирования состояния тревоги и измерения параметров variability сердечного ритма. Даны рекомендации по организации контроля тревожного состояния.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Зависимость увеличения смертности больных с инфарктами и инсультами в ночное время и выходные дни следует рассматривать как многофакторную, и по каждому фактору возможности ее снижения необходимо рассматривать отдельно. Возможные субъективные негативные прогнозы ситуации во время ДСМ могут привести к запуску нейрогуморального регулирования с нежелательными последствиями. Этим можно объяснить связь увеличения количества инфарктов и инсультов со временем, в котором пациенты находятся в состоянии свободном от внешних раздражителей. Возникающие при ДСМ негативные эффекты необходимо учитывать в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, а также при целенаправленной разработке средств и методов предупреждения подобных ситуаций.

Анотація

Данилова Венедикта, доктор медичних наук, невролог; Гілель Яффе медичний центр, Хадера, Ізраїль. **Козлов Михаїл**, доктор філософії, директор Інституту інтеграції та професійної адаптації, Нетанія, Ізраїль. **Про деякі негативні наслідки дефолтного стану мозку.**

Ключові слова: тривожний стан, суб'єктивні моделі знань, інфаркт, інсульт, варіабельність серцевого ритму.

Постановка проблеми. Розгляд механізму запуску нейрогуморальної регуляції в результаті суб'єктивної негативної оцінки ситуації при дефолтному стані мозку (ДСМ), здатному привести до катастрофічних наслідків для здоров'я людини.

Аналіз останніх досліджень. На підставі проведених досліджень, британськими та канадськими вченими були отримані дані мета-аналізу хворих з гострим інфарктом міокарда та з інсультом, що вказують на те, що люди, які страждають від серцево-судинних захворювань, частіше вмирають вночі та у вихідні дні.

Формулювання мети статті. Мета –показати важливість урахування ДСМ і необхідність впровадження в повсюдну практику засобів систематичного контролю тривожного стану при профілактиці серцево-судинних захворювань і захворювань нервової системи.

Виклад основного матеріалу. Розглянуто кореляцію збільшення смертності хворих з інфарктами і інсультами в нічний час і вихідні дні з особливостями роботи дефолтної нервової мережі мозку. Проведено аналіз інформації по ДСМ, роботи пам'яті і прийняття рішень, впливу медитації на ДСМ, процедури формування стану тривоги і вимірювання параметрів варіабельності серцевого ритму. Надані рекомендації щодо організації контролю тривожного стану.

Висновки і перспективи подальших досліджень. Залежність збільшення смертності хворих з інфарктами та інсультами в нічний час і вихідні дні слід розглядати як багатofакторну, і по кожному фактору можливості її зниження необхідно розглядати окремо. Можливі суб'єктивні негативні прогнози ситуації під час ДСМ можуть привести до запуску нейрогуморального регулювання з небажаними наслідками. Цим можна пояснити зв'язок збільшення кількості інфарктів та інсультів з часом, в якому пацієнти знаходяться в стані, вільному від зовнішніх подразників. Виникаючи при ДСМ негативні ефекти необхідно враховувати в профілактиці серцево-

судинних захворювань, а також при цілеспрямованій розробці засобів і методів попередження подібних ситуацій.

Annotation

Danilova Venedikta, MD, Neurologist; Gilel Jaffe Medical Center, Hadera, Israel.

Kozlov Mikhail, Ph D, Director of the Institute for Integration and Professional Adaptation, Netanya, Israel. **About some negative consequences of the brain condition.**

Keywords: anxiety, subject knowledge models, heart attack, stroke, heart rate variability.

Formulation of the problem. Consideration of the mechanism for triggering Neurohumoral regulation as a result of a subjective negative assessment of the situation in the default mode of brain function (DMBF), which can lead to disastrous consequences for human health.

Analysis of recent research. Based on the research conducted by British and Canadian scientists, a meta-analysis of patients with acute myocardial infarction and stroke was obtained, indicating that people suffering from cardiovascular diseases die ten times more often at night and on weekends.

Formulating the purpose of the article. The purpose is to show the importance of accounting for DMBF and then proceed to introduce in general practice the means of systematically controlling anxiety in the prevention of cardiovascular diseases and diseases of the nervous system.

Presenting main material. The correlation between the increase in mortality of patients with heart attacks and strokes at night and weekends with the peculiarities of the work of the default mode network of the brain is considered. The analysis of information on DMBF, memory and decision making, the effects of meditation on DMBF, the procedure for generating anxiety and measuring heart rate variability parameters was carried out. Recommendations on the organization of control of anxiety are given.

Conclusions and perspectives of further research. The dependence of the increase in mortality of patients with heart attack and strokes at night and weekends should be considered as multifactorial, and for each factor the possibility of its reduction should be considered separately. Possible subjective negative predictions of the situation during DMBF can lead to the launch of neurohumoral regulation with undesirable consequences. This may explain the connection between the increase in the number of heart attacks and strokes with time, in which patients are in a state free from external stimuli. Negative effects arising from DMBF must be considered in the prevention of cardiovascular diseases, as well as in the targeted development of means and methods to prevent such situations.

Ключевые слова: тревожное состояние, субъективные модели знаний, инфаркт, инсульт, вариабельность сердечного ритма.

Постановка проблемы. Рассмотрение механизма запуска нейрогуморальной регуляции в результате субъективной негативной оценки ситуации при дефолтном состоянии мозга (ДСМ), способного привести к катастрофическим последствиям для здоровья человека.

Анализ последних исследований. Проанализировав результаты статистических данных мета-анализа 1,896,859 больных с острым инфарктом миокарда, авторы работы [1] пришли к результату, указывающему на то, что люди, страдающие от сердечно-сосудистых заболеваний, чаще умирают ночью и по выходным дням. Качество исследований оценивалось по шкале Newcastle-Ottawa, а неоднородность в мета-анализе была оценена с помощью Q статистики и I^2 индекса. Полученные результаты авторы работы объясняют снижением в медицинских учреждениях в нерабочее время качества обслуживания и задержкой начала интенсивного лечения больных при ее необходимости.

К подобному заключению пришли канадские исследователи после анализа данных о 20,657 пациентах с первым острым инсультом [2] и

британские ученые обследовавших 93621 пациента, поступивших с инсультом [3]. По их данным люди с инсультом, госпитализированные в выходные дни и ночью, имеют более высокий риск смерти по сравнению с пациентами, поступившими в больницу в рабочее время. Причину этого медики видят в ограниченном доступе к специалистам и процедурам вне рабочего времени. При этом по данным [3] «эффект выходного дня» был более выражен для пациентов в возрасте до 44 лет по сравнению с пациентами 85 лет и выше. В [4] отмечается, что около 60% инсультов происходят ночью или в выходные дни, и в [5] говорится, что в выходные дни и ночью поступают более тяжелые больные. Все это усложняет процедуру лечения и в [4] рассматривается необходимость наличия multidисциплинарной команды в выходные дни и ночью, включая вспомогательных рабочих, рентгенологов, лаборантов и многих других специалистов для обеспечения оперативного и качественного лечения.

Признавая важность предложенных объяснений причин возникновения кризисных ситуаций при лечении больных с инфарктами и инсультами в ночное время и выходные дни, в [6] было предложено также учитывать, в качестве одного из важных причинных факторов, проявление нейрогуморального механизма регуляции в результате негативной оценки ситуации при ДСМ и приведено обоснование этому. Дополнительное разъяснение такого подхода далее будет рассмотрено.

Формулировка цели статьи. Цель – показать важность учета ДСМ и необходимость внедрения в повсеместную практику средств систематического контроля тревожного состояния при профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний нервной системы.

Изложение основного материала. Постараемся объяснить некоторые аспекты временной статистики инфарктов и инсультов. Во время сна или в период длительного полного отдыха при отсутствии непрерывно поступающих раздражителей, на которые требуется обращать внимание, мозг в дефолтном состоянии продолжает интенсивно обрабатывать ранее

поступившую информацию [7]. Наиболее продуктивно такая обработка происходит во время сна. Когда в течение дня в память человека поступает разрозненная внешняя информация, содержащая негативные стрессовые факторы, или информация о внутренних болезненных нарушениях и формируется тревожное состояние, то в первую стадию сна в течение нескольких сот низкочастотных циклов в дефолтной нервной сети (ДНС) происходит упорядочение поступившей информации и выработка негативных прогнозов, что усиливает тревожное состояние. В процессе достаточно длительного и безуспешного поиска решений для выхода из такой ситуации, тревожное состояние закрепляется в течение последующих свободных от внешних раздражителей часов за сеть обратных связей ДНС. При этом невозможность выработки решения и субъектно-ориентированная эмоциональная оценка безысходности ситуации приводит к паническому состоянию. Такая реакция мозга, за сет нейрогуморального механизма регуляции, изменяет функциональное состояние организма, что, в свою очередь, как правило, в середине ночи, может вызвать катастрофические последствия, и в первую очередь, для людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Это может стать причиной внезапной смерти во время сна или полного отдыха больных людей. Известны также свидетельства того, что во время сна умирают достаточно здоровые люди в день, совпадающий календарно с днем, в котором несколько лет назад у них произошел трагический случай. С большой долей вероятности, можно допустить, что такие смерти являются следствиями циклических процессов в ДНС и формировании при этом крайне тревожного состояния.

В [8] представлены исследования стрессового состояния двух наблюдавшихся групп – здоровых людей и больных, для которых измерения были проведены через несколько дней после инфаркта миокарда. Оценки стрессового состояния в обеих группах испытуемых были получены во время бодрствования, на стадии парадоксального (быстрого) сна (REM), который отражает процессы, проходящие в ДНС, и на

стадии медленного сна (NREM). В качестве оценки стрессового состояния использовалось отношение LF/HF (индекс вагосимпатического взаимодействия), где LF - мощность низкочастотной составляющей спектра variability сердечного ритма (BCP), а HF - мощности высокочастотной составляющей спектра BCP.

Приведенные в [8] статистические данные оценок отношений LF/HF во время бодрствования и разных стадий сна для здоровых и больных людей для удобства анализа отобразим в следующей таблице 1.

Таблица 1.

Оценки стрессового состояния LF/HF

Группы наблюдения	Состояние бодрствования	Стадия парадоксального (REM) сна	Стадия медленного (NREM) сна
Здоровые люди	4.0 ± 1.4	3.1 ± 0.7	1.2 ± 0.4
Больные после инфаркта миокарда	2.4 ± 0.7	8.9 ± 1.6	5.1 ± 1.4

Как видно из этих данных, у здоровых людей во время REM сна стрессовое состояние меньше, чем во время бодрствования, а также значительно меньше во время NREM сна, что свидетельствует о значительном расслаблении организма здоровых людей на этих стадиях сна. Для больных людей перенесших инфаркт миокарда оценки стрессового состояния имеют противоположную тенденцию. Для этой группы больных людей в состоянии бодрствования индекс вагосимпатического взаимодействия был меньше, чем у группы здоровых людей. Однако по сравнению со здоровыми людьми на стадии REM сна оценка стрессового состояния оказалась в несколько раз больше и значительно меньше снизилась во время NREM сна. Учитывая корреляцию ДСМ и стадию REM сна можно сделать вывод, что у группы больных людей во время ДСМ состояние тревожности значительно возрастает и продолжает некоторое время сохраняться на стадии NREM сна. С другой стороны, у этой группы больных во время бодрствования наступает релаксация, что может отражать их

эмоциональное состояние в период восстановления и неравноценность состояния бодрствования у здоровых и больных людей.

Далее рассмотрим процедуру формирования субъективной оценки. Нарастающее тревожное и даже паническое состояние может происходить в ДСМ не обязательно во время сна. Оно может появиться у человека в свободное время, когда его ничто не отвлекает и он предоставлен своим мыслям. У некоторых, часто нездоровых людей, такое состояние может появиться вечером, перед сном.

В рассматриваемых случаях, негативные раздражители не являются напрямую основанием для выхода параметров нейрогуморального механизма регуляции на критические уровни для поддержания гомеостаза, а лишь начальным толчком для запуска итерационной процедуры выработки сугубо субъективного решения при ДСМ.

Выработку решений в активном и дефолтном состояниях мозга можно рассматривать на основе компьютерно-мозговой модели памяти и принятия решений [9], приведенной на рисунке 1. По этой модели, в результате развернутой во времени адаптивной итерационной процедуры, в аттракторах памяти происходит формирование субъектных моделей знаний (СМЗ).

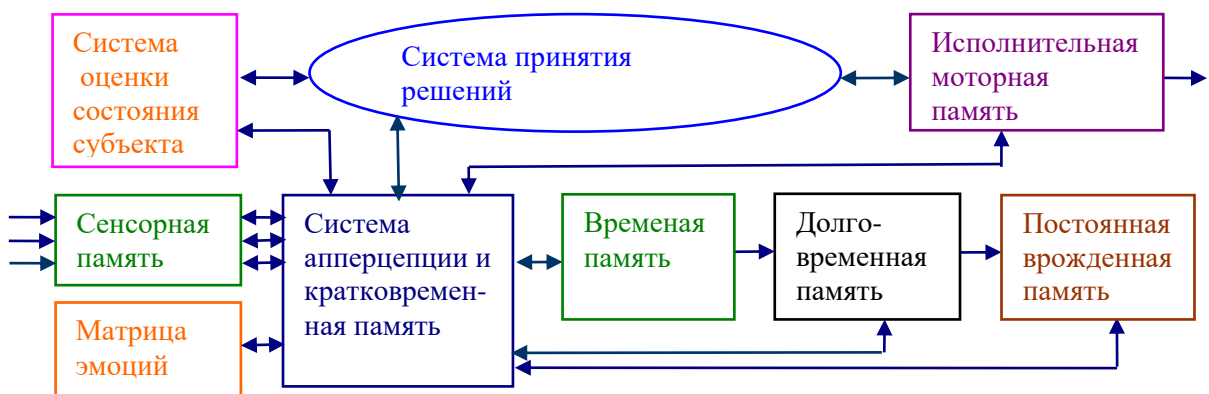


Рис. 1. Субъектно-ориентированная модель памяти и принятия решений

Поступающая к человеку внешняя информация и информация о его состоянии с учетом эмоционального вектора проходит процедуру апперцепции и заносится в кратковременную (рабочую) память (КП). КП участвует не только в обработке входной информации, но и в дальнейшем

упорядочении сформировавшихся знаний и в выработке решений. Такая процедура затруднена при активном реагировании человека на внешние сигналы в состоянии бодрствования из-за ограниченной пропускной способности КП, которая, по данным [10], в среднем находится около четырех чанков (chunk), неких смысловых образов.

Таким образом, в состоянии бодрствования формирование сложных СМЗ затруднено. Однако природа нашла превосходное решение по повышению эффективности интеллектуального аппарата. Во время сна или в период отдыха мозг переходит в дефолтное состояние. При этом автогенерация сложных СМЗ будет происходить по внутреннему контуру в мозге через цепи обратных связей, идущих от разных участков памяти на КП, а не на основе поступающей внешней информации. Каждый раз при поступлении СМЗ в КП производится их новая эмоциональная оценка, осуществляя как бы новое их осознание. В процессе генерации все более сложных СМЗ происходит увеличение веса более достоверных для субъекта моделей знаний и подавление других СМЗ [9].

Для консолидации СМЗ необходимо наличие эмоциональной оценки события, дефолтного состояния мозга и времени на формирование СМЗ в этом состоянии. Этим можно объяснить результаты исследований эмоционально шокирующего воздействия на человека [11], показавшие селективное и ретроактивное усиление воспоминания, после 6 часов и более, о произошедшем в паре с шоком событиями.

Субъектно-ориентированная система выработки и принятия решений в результате последовательных действий обратных связей ДНС резонансно настраивается по отношению к раздражителю, исходная информация о раздражителе будет составлять лишь малую долю всей обрабатываемой информации для формирования сложной СМЗ.

Необходимо учитывать, что тревожное состояние формируется в основном при многократном поступлении раздражителей, оцениваемых как негативные. При этом, за счет механизма апперцепционной фильтрации, в

активном состоянии мозга во временной памяти будет накапливаться преимущественно негативная информация. В тревожном состоянии будет происходить ограничение набора возможных вариантов ассоциативных связей до определенного минимума, необходимого для ускоренного реагирования на текущую ситуацию, и в результате снижается уровень достоверности вырабатываемых решений [9].

При ДСМ возможно, по результатам анализа получаемой мозгом информации от внутренних органов, по цепи обратной связи мозг-тело, целенаправленное регулирование происходящих в отдельных органах процессов, как в положительную сторону, что отмечается человеком по улучшению его состояния, после пробуждения, так и возможное разрегулирование при субъективно-неблагоприятных прогнозах. Так в [12] приводится информация о негативном влиянии процессов, протекающих при ДСМ, на развитие болезни Альцгеймера в случаях возникновения повышенной возбудимости больных. Можно предположить, что подобное влияние происходит в ДСМ и при других неврологических расстройствах.

Рассмотрим возможности профилактики негативных эффектов ДСМ. Говоря о предупреждении формирования негативных прогнозов в ДСМ, отметим, что они являются следствием субъективного восприятия поступающих раздражителей, и при тревожности в КП будет поступать информация с адекватными состоянию эмоциональными оценками. Поэтому, в качестве профилактических мер, целесообразно в активном состоянии мозга снабжать его положительно окрашенной информацией, в том числе, и с помощью психотерапевтических воздействий. Влияние на процессы, происходящие во время сна, можно производить с применением медикаментозных средств. Для снижения негативного влияния ДСМ в состоянии отдыха, в [12], в качестве профилактической меры, предлагается использование медитации и показывается, по результатам исследования с помощью фМРТ, подавление активности ДНС при медитации.

Рассмотрим возможные средства контроля тревожного состояния. Для проведения инструментального контроля тревожного состояния в период бодрствования и во время ДСМ, возможно использование оценок, получаемых на основе применения весьма эффективных методов анализа состояния вегетативной нервной системы человека, основанных на измерении параметров variability сердечного ритма (ВСР) [13].

Оценка уровня тревожного состояния на основе анализа параметров ВСР, количественно хорошо отражает степень напряжения регуляторных систем в цепи «мозг-тело» в ответ на стрессовое воздействие. Такая оценка не трудоемка. Исходными данными для анализа ВСР является числовая выборка из измеренных длительностей последовательного ряда кардиоинтервалов. Измерение длительностей кардиоинтервалов возможно на основе различных физиологических процессов происходящих в течение сердечных циклов. Измерения могут производиться на основе данных электрокардиографии (ЭКГ), регистрации частоты пульсации крови в артериях с помощью различного вида датчиков и акустических измерений тонов сердца.

При использовании данных ЭКГ, за длительность кардиоинтервала принимается интервал RR между вершинами соседних R-зубцов [13]. Метод измерения ВСР на основе данных ЭКГ рассматривается как золотой стандарт по отношению к другим методам, так как позволяет более точно идентифицировать кардиоинтервалы. Однако этот метод не удобен при повседневном использовании и получили распространение методы измерения параметров пульсовой волны на основе плетизмографии. Плетизмография позволяет оценивать гемодинамические показатели организма в виде объёмной скорости кровотока и ударного выброса. Широко используемой разновидностью плетизмографии является фотоплетизмография (ФПП), основанная на измерении оптической плотности исследуемой ткани тела путем ее освещения инфракрасным лучом и приемом пройденного через ткань сигнала оптоэлектронным датчиком.

В ряде случаев, появляется необходимость в периодическом или постоянном бесконтактном контроле параметров ВСР у людей по их медицинским показателям, например, у младенцев с чувствительной к инфекции коже, ожоговых больных, или по их профессиональной деятельности, таких как пилотов самолетов, диспетчеров, водителей общественного транспорта, космонавтов [14]. Такой совершаемый на определенном расстоянии от испытуемого бесконтактный контроль ВСР, происходящий без участия и ведома контролируемого лица, является наиболее приемлемым и комфортным средством контроля состояния здоровья. Бесконтактные методы измерения таких жизненно важных параметров как частота пульса и частота дыхания могут оказаться удобными как в условиях стационара, так и, особенно, вне его.

Надежная дистанционная система ФПГ для измерения частоты пульса, вариабельности частоты пульса и частоты дыхания рассмотрена в [15]. Такая система по видеозаписи лица с помощью веб-камеры позволяет получать достаточную для клинических целей точность измерений для всех тонов кожи человека. Для этого в разных областях видимой кожи измеряются мельчайшие изменения цвета кожи, происходящие в результате изменения подкожного объема крови. К положительным особенностям видеозаписи с помощью веб-камеры при ФПГ можно отнести мобильность устройства, а также возможность контроля многих лиц одновременно.

Для повышения достоверности получаемых результатов, необходимо использовать аппаратно-программные комплексы (АПК), которые позволят накапливать данные, анализировать в автоматическом режиме, производить статистическую обработку данных для выявления индивидуальных связей у пациентов между тревожностью и параметрами ВСР, прогнозировать ситуацию и выдавать рекомендации. И все это делать оперативно.

В [16] рассматривается необходимость с помощью выполняющих анализ ВСР автоматизированных систем донозологической диагностики проводить регулярный индивидуальный контроль функционального

состояния практически здоровых людей с донозологическими и преморбидными состояниями. Для снижения влияния человеческого фактора на безопасность полетов в [17] предлагается использовать АПК для контроля ВСР у пилотов.

Для массового применения АПК потребуется разработка адаптируемого под каждого индивидуума программного обеспечения, которое позволит проводить субъектно-ориентированную обработку входящих данных на основе индивидуальных особенностей пациентов и соответствующую выработку индивидуальных рекомендаций по реагированию на изменяющуюся ситуацию. Современные технологии обработки большого потока данных (BigData), с концентрацией информации колоссальных объемов, позволят составлять индивидуальный профиль каждого пациента на основе анализа его текущих данных, поступающих в АПК. Использование автоматизированного АПК для оценки уровня тревожного состояния с применением методов интеллектуального анализа данных позволит упростить и ускорить процедуру массового контроля пациентов и повысить его качество. В условиях больницы, АПК позволит повысить оперативность реагирования на чрезвычайные ситуации и концентрировать в первую очередь на них внимание медицинского персонала, что повысит как качество обслуживания, снижения количества негативных исходов так и уменьшит нагрузку на персонал и даст возможность снижения необходимого его количества. В дальнейшем на основе таких АПК можно создавать систему массового охвата всего населения по контролю за состоянием людей, с выводом этой информации лечащим врачам, позволяющую проводить им соответствующие профилактические мероприятия.

В качестве дополнительного обсуждения рассматриваемой темы, можно говорить о том, что организм человека является сложной адаптивной саморегулирующей системой, учитывающей в своей работе множество факторов состояния внешней среды и состояния его внутренних органов.

Поэтому рационально рассматривать его функционирование, как процедуру сложного взаимодействия «мозг-тело». У больных людей повышается вероятность наступления тревожного состояния при субъективно оцениваемых факторах окружающей среды, как негативных. В связи с этим информация, поступающая пациентам о надежности их обслуживания в нерабочее время, в соответствии с мерами, предлагаемыми в [1, 4] по повышению качества такого обслуживания, может снизить вероятность возникновения тревожности у больных (эффект плацебо). Дополнительно к эффекту от фактического повышения качества обслуживания пациентов в нерабочее время, это позволяет изменить статистику зависимости от времени количества инфарктов и инсультов. В то же время, в качестве значительного влияющего фактора, предлагается считать нейрогуморальный механизм регуляции, возникающий в результате субъективной негативной оценки ситуации при ДСМ. Такой взгляд может повлиять на разработку методов предупреждению кризисных состояний у пациентов.

В качестве яркого примера влияния психологического фактора на статистику смертности при сердечных заболеваниях можно привести случаи 209,908 смертей американцев японского и китайского происхождения [18]. Исследования показали, что среди этой категории американцев число смертей от сердечных приступов по 4-м числам каждого месяца на 7% выше, чем в другие дни, причем для хронических больных эта цифра достигает 13%. Это связано с тем, что этот день считается у японцев и китайцев самым плохим, и ими испытывается дополнительный психологический стресс. Такой подъем смертности был назван «эффектом Баскервиля», по названию рассказа Конан Дойля, описавшего смерть страдавшего хронической болезнью сердца человека из-за сильного психологического стресса.

В свете рассмотренного, интересна статистика ночных инфарктов у людей, читающих на ночь молитвы и таким образом через КП заносящих во временную память дополнительную информацию, отвлекающую от повседневной деятельности, и у людей, не делающих этого. Априори можно

предположить положительную статистику у молящихся на ночь людей. Во всяком случае, по данным исследований более 5000 человек Институтом изучения религии университета Бейлор среди четырех крупных еврейских общин США, те люди, которые регулярно посещают синагогу, значительно лучше себя чувствуют, чем светские или нерелигиозные евреи. Подобное просматривается среди христиан с сильным религиозным чувством [19].

Из приведенных в [20] данных о распределении по времени суток частоты родов следует, что явно выраженный пик с размахом до 40% по количеству начальных схваток и самих родов приходится на время между 2 и 5 часами ночи. В [21], на основе взятой в Японии за трехлетний период достаточно представительной выборки данных о 4,411 родах, приведены статистические данные недельного распределения рождений детей, из которых видно, что в выходные дни рождаемость значительно ниже. Если суточное распределение количества родов можно связывать с циркадными биоритмами, то с недельной адаптацией вопрос сложнее. Можно предположить, что здесь во время ДСМ происходят процессы, приводящие не к ускорению, а к торможению исхода, в данном случае, начала родовых схваток. В связи с этим, представляет интерес статистика количества родов в праздничные и рабочие дни. Естественно для этого придется брать выборку по значительно большему их количеству и за большой промежуток времени.

Была бы интересна подобная статистика распределения по времени осложнений хронических заболеваний.

Использование методов контроля состояния людей на основе анализа параметров ВСР весьма перспективно для широкого применения. Так в [22] используя данные о снижении ВСР у пациентов с психическими расстройствами при применении психотропных препаратов подчеркивается необходимость для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний модификации лечебных процедур. По мнению [23] данные анализа ВСР обладают предикторной ценностью и могут эффективно применяться в различных областях медицины с целью стратификации риска и диагностики,

особенно у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая внезапную сердечную смерть. В [24] рассматривается возможность использования оценок ВСП как потенциальный предиктор хода развития ишемического инсульта у пациентов с момента поступления их в клинику. И, по-видимому, анализ ВСП станет достаточно эффективным независимым инструментом в процессе лечения таких больных. Контроль состояния здоровья в амбулаторных условиях с помощью анализа ВСП может повысить профилактический уровень по ряду заболеваний и можно предположить, что использование индивидуальных средств измерения параметров ВСП станет нормой цивилизованного поведения.

Учитывая повышенную реактивность человека, находящегося в тревожном состоянии, для исключения негативного воздействия наблюдателя на результат наблюдения следует рассматривать, в некоторых случаях, например, при возможности оперативного реагирования медицинского персонала, необходимость проведения измерений в автоматическом режиме без предоставления пациенту результатов текущего анализа ВСП. Иначе это может в замкнутой системе тело-мозг привести к дополнительной и иногда существенной разбалансировке его нервно-гуморального механизма регуляции (эффект ноцебо).

Используя результаты исследований нейронауки, на основе методов анализа ВСП можно рассматривать целесообразность проведения разработки аппаратных средств оперативного контроля процессов, проходящих во время ДСМ и, при неблагоприятной ситуации, применять возможные способы разрыва в ДНС цепочки формирования оценок, усиливающих тревожное состояние, или ослаблять некоторые нервные связи в системе «мозг-тело».

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Зависимость увеличения смертности больных с инфарктами и инсультами в ночное время и выходные дни следует рассматривать как многофакторную, и по каждому фактору возможности ее снижения необходимо рассматривать отдельно.

Возможные субъектные негативные прогнозы ситуации во время ДСМ могут привести к запуску нейрогуморального регулирования с нежелательными последствиями. Этим можно объяснить связь увеличения количества инфарктов и инсультов со временем, в котором пациенты находятся в состоянии свободном от внешних раздражителей. Таким образом, возникающие негативные эффекты при ДСМ необходимо учитывать в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний нервной системы, а также при целенаправленной разработке средств и методов предупреждения подобных ситуаций.

Проведенный анализ и сделанные выводы дают возможность целенаправленно разрабатывать мероприятия по профилактике таких заболеваний. Внедрение в повсеместную практику средств систематического контроля тревожного состояния может помочь в сохранении здоровья.

Список использованных источников

1. Sorita, A. et al. Off-hour presentation and outcomes in patients with acute myocardial infarction: systematic review and meta-analysis.- BMJ, 2014;
2. Saposnik G. et al. A Dangerous Time for Having a Stroke? Stroke 05/2007; 38(4): P. 1211–15.
3. Palmer W. L. et al. Dying for the Weekend: A Retrospective Cohort Study on the Association Between Day of Hospital Presentation and the Quality and Safety of Stroke Care. Arch. Neurol., 2012; 69(10): P. 1296-1302.
4. Rudd A. G., Bray B. Strokes happen round the clock, but why is stroke care worse on weekends and overnight? J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2015.
5. Campbell J. T. et al. The effect of out of hours presentation with acute stroke on processes of care and outcomes: analysis of data from the Stroke Improvement National Audit Programme. Intercollegiate Stroke Working Party. Feb. 2014.
6. V. Danylov, S. Kletskin, M. Kozlov. Negative manifestation the default mode of brain function. The Bulletin of Academy. Israeli Independent Academy of Development of Science. Haifa, Israel, 2016. Vol.8, №1- P.3-12.

7. Marcus E. Raichle, Abraham Z. Snyder. A default mode of brain function: A brief history of an evolving idea / *NeuroImage* 37 (2007). — P. 1083— 1090.

8. Vanoli E. et al. Heart rate variability during specific sleep stages. A comparison of healthy subjects with patients after myocardial infarction. *Circulation*, 1995, 91. P. 1918–1922.

9. Kozlov M. Computer-brain model memory and decision-making. *The Bulletin of Academy. Israeli Independent Academy of Development of Science. Haifa, Israel*, 2017. Vol.9, №1- P. 27-45.

10. Nelson Cowan. The magical number 4 in short-term memory: A reconsideration of mental storage capacity. *Behavioral and Brain Sciences* (2000) 24, P. 87–185.

11. Dunsmoor J. E., Murty V. P., Davachi L., Phelps E. A. Emotional learning selectively and retroactively strengthens memories for related events // *Nature*. January, 2015.

12. Brewer J. A. et al. "Meditation training is associated with differences in default mode network activity and connectivity." *PNAS* 108(50), 2011.- P. 20254-9.

13. Клецкин С. Ритм сердца как индикатор состояния организма. Изд-во «Достояние». Иерусалим, 2017.

14. Perry, C.M. Watkins, S. Non-Contact Vital Sign Monitoring via Ultra-Wideband Radar, Infrared Video, and Remote Photoplethysmography: Viable Options for Space Exploration Missions. NASA / TM-2011-216145.

15. Kumar, M. Veeraraghavan, A. Sabharwal, A. "Distance PPG: Robust non-contact vital signs monitoring using a camera," *Biomed. Opt. Express* 6, 2015. – P. 1565-1588.

16. Баевский Р. М., Берсенева А.П. Введение в донозологическую диагностику. – М.: Слово, 2011.

17. Kozlov M. Ways reduce the impact of human factors on safety the flights. *NIZI.co.il / Science and life Israel*. 14.04.2015.

18. Phillips D. P., Liu G. C., Kwok K. et al. The Hound of the Baskervilles effect: natural experiment on the influence of psychological stress on timing of death. *BMJ*, 2001; 323: P. 1443-1446.
19. Levin J. Religious Differences in Self-Rated Health Among US Jews: Findings from Five Urban Population Surveys. *J Relig Health*. January 2015.
20. Kaiser I. H, Halberg F. Circadian periodic aspects of birth. *Ann NY Acad Sci*. 1962; v. 98 - P. 1056–1068.
21. Yamanaka T. et al. Further Mapping of the Natality Chronome in Toda City (Japan) Maternity Hospital. *Scr Med (Brno)* 78(2), 2005 - P. 99–106.
22. Alvares G. A. et al. Autonomic nervous system dysfunction in psychiatric disorders and the impact of psychotropic medications: a systematic review and metaanalysis. *J Psychiatry Neurosci*. 2016 Mar; 41(2): P. 89-104.
23. Бокерия Л. А., Бокерия О. Л., Волковская И. В. Вариабельность сердечного ритма: методы измерения, интерпретация, клиническое использование. *Анналы аритмологии*. № 4. Т. 6, 2009 – с. 21-32.
24. Chen, C.-H. et al. Complexity of Heart Rate Variability Can Predict Stroke-In-Evolution in Acute Ischemic Stroke Patients. *Sci. Rep.* 5, 17552; 2015.

References

1. Sorita, A. et al. (2014), *Off-hour presentation and outcomes in patients with myocardial infarction: systematic review and meta-analysis*, *BMJ*.
2. Saposnik, G. et al. (2007), “A Dangerous Time for Having a Stroke?”, *Stroke*, vol. 38 (4), pp. 1211–15.
3. Palmer, W. L. et al. (2012), “Dying for the Weekend: A Retrospective Cohort Study Stroke Care”, *Arch. Neurol.*, vol. 69 (10), pp. 1296-1302.
4. Rudd, A. G. (2015), “Strokes”, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*.
5. Campbell. J. T. et al. (2014), “Stroke Improvement National Audit Program”, *Intercollegiate Stroke Working Party*.

6. Danylov, V. Kletskin, S. Kozlov, M., (2016), “Negative manifestation of the default mode of brain function”, *The Bulletin of Academy. Israeli Independent Academy of Development of Science*, vol.8 (1), P. 3-12.
7. Marcus E. Raichle, Abraham Z. Snyder (2007), *A default mode of brain function: A brief history of an evolving idea*, NeuroImage.
8. Vanoli, E. et al. (1995), “Heart rate variability during specific sleep stages. A comparison of healthy subjects with patients after myocardial infarction”, *Circulation*, vol. 91., pp. 1918–1922.
9. Kozlov, M. (2017), “Computer-brain model memory and decision-making”, *The Bulletin of Academy. Israeli Independent Academy of Development of Science*, vol. 9 (1), pp. 27-45.
10. Nelson Cowan (2000), “The reconsideration of mental storage storage capacity”, *Behavioral and Brain Sciences*, vol. 24, pp. 87–185.
11. Dunsmoor, J. E. Murty, V. P., Davachi, L., Phelps, E. A. (2015), “Emotional learning selectively and retroactively strengthens memories for related events”, *Nature*.
12. Brewer, J. A. et al. (2011), “Meditation training is associated with differences in default mode network activity and connectivity”, *PNAS*, vol. 108 (50), pp.20254-9.
13. Kletskin, S. (2017), *Heart rhythm as an indicator of the state of the body*. Publishing house, “Property”. Jerusalem, Israel.
14. Perry, C. M. (2011), *Watches, S & V, Infrared, Radar, Infrared Video, and InfraPhotoplethysmography*: NASA, TM-2011-216145.
15. Kumar, M. Veeraraghavan, A. Sabharwal, A. (2015), “DistancePPG: Robust non-contact signs signs monitoring using a camera”, *Biomed. Opt. Express*, vol. 6, pp. 1565-1588.
16. Baevsky, R. M. Berseneva, A. P. (2011), *Introduction to prenosological diagnostics*, Slovo, Moscow, Ru.
17. Kozlov, M. (2015), “Ways reduce the impact of human factors on safety of flights. NIZI.co.il”, *Science and life Israel*, Israel.

18. Phillips, D.P. Liu, G.C., Kwok, K. et al. (2011), "The effect of natural stress on timing of timing", *BMJ*, vol. 323, pp. 1443-1446.
19. Levin, J. (2015), "Religious Self-Rated Health Among the Five Urban Population Surveys", *J Relig Health*.
20. Kaiser, I. H Halberg, F. (1962), "Circadian periodic aspects of birth", *Ann NY Acad Sci* , vol. 98, pp. 1056-1068.
21. Yamanaka, T. et al. (2005), "Chronome in Scala", *Med (Brno)*, vol. 78 (2), pp. 99–106.
22. Alvares, G. A. et al. (2016), "Autonomic nervous system dysfunction in psychiatric disorders and the psychotropic medications: a systematic review and metaanalysis", *JPsychiatryNeurosci*, vol. 41 (2), pp. 89-104.
23. Bockeria, L. A. Bockeria, O. L. Volkovskaya, I. V. "Heart rate variability: measurement methods, interpretation, clinical use", *Annaly arhythmology*, vol. 4 (6), pp. 21-32.
24. Chen, C.-H. et al. (2015), "Complexity of Heart Rate Variability in Acute Ischemic Stroke Patients", *Sci. Rep.*, vol. 5, 17552.

УДК 616-01:618:615.9:616-06:616.4

Dr. Abdelrahman M. Radaideh, MD, JBIM, JBED Arrayn Hospital, Endocrine Division, Medical Department, Arrayan Hospital, Sulaiman Habib Medical Group, Riyadh, Saudi Arabia Khurais Road P.O.Box 10026, Riyadh 11635 Saudi Arabia email: radaideha@gmail.com. Tel: +966568104210.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8068-5449>

Dr. Mohamad Nusier, Professor, MD., PhD. Department of Biochemistry Jordan University of Science and Technology, School of Medicine P.O.Box 3030, Irbid 22110, Jordan email: mick@just.edu.jo Cell: +962 797136666 . *Corresponding author. Disclosures: Authors have no conflict of interest.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2140-0236>

**POSTPARTUM HYPOPITUITARISM AND EMPTY SELLA IN TYPE 1
DIABETIC PATIENT, AUTOIMMUNE HYPOPHYSITIS OR
ANTEPARTUM PITUITARY NECROSIS? A CASEREPORT**

**Short running title: POSTPARTUM HYPOPITUITARISM, EMPTY SELLA
IN TYPE 1 DIABETIC PATIENT**

Annotation

Dr. Abdelrahman M. Radaideh, MD, JBIM, JBED Arrayn Hospital, Endocrine Division, Medical Department, Arrayan Hospital, Sulaiman Habib Medical Group, Riyadh, Saudi Arabia. **Dr. Mohamad Nusier**, Professor, MD., PhD. Department of Biochemistry Jordan University of Science and Technology, School of Medicine, Jordan. **Postpartum Hypopituitarism, Empty Sella in Type 1 Diabetic Patient.**

Key words: hypopituitarism, type 1 diabetes mellitus, pituitary necrosis, hypophysitis, empty Sella, central hypothyroidism, amenorrhea.

Formulation of the problem. Panhypopituitarism is a rare endocrine disease with variable clinical presentations, ranging from asymptomatic to life threatening condition. Postpartum Panhypopituitarism (Sheehan's syndrome) is a well-known clinical condition that has been attributed to massive ante or postpartum hemorrhage.

Postpartum hypopituitarism on the other hand, which develops after normal delivery, is a rare condition. It is mostly attributed to lymphocytic hypophysitis. In Type 1 DM patients that has been attributed to antepartum pituitary necrosis, which is a very rare condition.

Analysis of recent research and publications. Lymphocytic hypophysitis or autoimmune hypophysitis is a disease characterized by lymphocytic infiltration of the pituitary gland, which eventually leads to destruction of pituitary tissue accompanied by various clinical presentations of pituitary dysfunction.

Formulating the purpose of the article. The purpose is to present a case of hypopituitarism and empty Sella in a Type1 diabetic patient, diagnosed postpartum after long-suffering, who has achieved full term pregnancy and normal delivery is reported. Diagnosis of lymphocytic hypophysitis or antepartum pituitary necrosis was raised as the cause of the hypopituitarism.

Presenting main material. Here we describe a case of Type 1 diabetic patient with postpartum panhypopituitarism and empty Sella. The condition may be related to either autoimmune hypophysitis or anterior pituitary necrosis during pregnancy.

Discussion: Is this a case of Lymphocytic Hypophysitis during pregnancy? - because she was on her second trimester of pregnancy! She developed severe headache, nausea, vomiting, general weakness with hypoglycemic attacks, and sensitive hyperglycemia (where only small doses of insulin are needed to control that) with symmetrical pituitary enlargement which was seen in Brain MRI even contrast was not given. The patient's condition was explained as non-specific aseptic meningitis. The endocrine deficiency in our patient was due to anterior pituitary hypopituitarism, initially manifested by amenorrhea, failure of lactation

and later diagnosed as ACTH and TSH deficiency. Growth hormone and IGF1 were not evaluated at that time. This case is a diagnostic feature of autoimmune hypophysitis panhypopituitarism.

Conclusions and perspectives of further research. We conclude that any headache of sudden onset associated with nausea and vomiting during pregnancy and a suggested picture of pituitary insufficiency should be considered an alert of pituitary disorder that cannot be explained as pregnancy related symptoms, or non-specified meningitis. Furthermore, to be careful in interpreting images not specific to pituitary gland. This conclusion was established based on the early steroids treatment that could prevent the progression of the pituitary destruction and/or early identification of the condition with early replacement therapy. This should prevent long-suffering of such patients.

Анотація

Доктор Абдельрахман М. Радайдех, доктор медичних наук, JBIM, JBED Arrayn Hospital, ендокринний відділ, медичний відділ, лікарня Arrayn, медична група Sulaiman Habib, Ер-Ріяд, Саудівська Аравія. **Доктор Мохамед Нусейр**, професор, доктор медичних наук. Кафедра біохімії, Університет науки і техніки Йорданії, Медичний факультет, Йорданія. **Післяпологовий гіпопітуїтаризм у пацієток із цукровим діабетом 1 типу.**

Ключові слова: гіпопітуїтаризм, цукровий діабет 1 типу, некроз гіпофіза, гіпофізит, порожня селла, центральний гіпотиреоз, аменорея.

Постановка проблеми. Пангіпопітуїтаризм є рідкісним ендокринним захворюванням з різними клінічними уявленнями, від безсимптомного до загрозливого до життя стану. Післяпологовий пангіпопітуїтаризм (синдром Шихана) - добре відомий клінічний стан, який пояснюється масовим до- або післяпологовим крововиливом. Післяпологовий гіпопітуїтаризм, з іншого боку, який розвивається після нормальних пологів, є рідкісним станом. В основному це пояснюється лімфоцитарним гіпофізитом. У хворих з

цукровим діабетом 1-го типу було описано некроз гіпофіза, який є дуже рідкісним.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Лімфоцитарний гіпофізит, або аутоімунний гіпофізит - це захворювання, що характеризується лімфоцитарною інфільтрацією гіпофіза, яка в кінцевому підсумку призводить до руйнування гіпофізарної тканини, що супроводжується різними клінічними проявами гіпофізарної дисфункції.

Формулювання мети статті. Мета полягає в тому, щоб представити випадок гіпопітуїтаризму в пацієнки з діабетом типу 1 в післяпологовому періоді, після нормальних пологів, причиною якого було визнано лімфоцитарний гіпофізит або некроз гіпофіза *ante partum*.

Викладення основного матеріалу. Тут ми описуємо випадок хворої на цукровий діабет 1-го типу з післяпологовим пангіпопітуїтаризмом. Стан може бути пов'язаний або з аутоімунним гіпофізитом, або з некрозом передньої долі гіпофіза під час вагітності.

Обговорення: Важкий стан пацієнтки пояснювався неспецифічним асептичним менінгітом. Ендокринний дефіцит був обумовлений гіпопітуїтаризмом передньої долі гіпофіза, що спочатку проявлялося аменореєю, невдачею лактації і пізніше було діагностоване як дефіцит АКТГ і ТТГ. Цей випадок є діагностичною ознакою пангіпопітуїтаризму, аутоімунного гіпофізиту.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Ми робимо висновок, що будь-який головний біль від раптового початку, пов'язаного з нудотою і блювотою під час вагітності, слід вважати попередженням гіпофізарного розладу, який не можна пояснити симптомами, пов'язаними з вагітністю, або менінгітом. Раннє лікування стероїдами може запобігти прогресуванню гіпофізарного руйнування та багаторічним стражданням таких хворих.

Аннотация

Доктор Абдельрахман М. Радайех, доктор медицинских наук, JBIM, JBED Arrayn Hospital, эндокринный отдел, медицинский отдел, больница Arrayan, медицинская группа Sulaiman Habib, Эр-Рияд, Саудовская Аравия. **Доктор Мохамед Нусейр**, профессор, доктор медицинских наук. Кафедра биохимии, Университет науки и техники Иордании Медицинский факультет, Иордания.

Послеродовой гипопитуитаризм у пациенток с сахарным диабетом 1 типа.

Ключевые слова: гипопитуитаризм, сахарный диабет 1 типа, некроз гипофиза, гипофизит, центральный гипотиреоз, аменорея.

Постановка проблемы. Пангипопитуитаризм является редким эндокринным заболеванием с различными клиническими проявлениями, от бессимптомного до угрожающего жизни состояния. Послеродовой пангипопитуитаризм (синдром Шихана) - хорошо известное клиническое состояние, которое объясняется массовым до- или послеродовым кровоизлиянием. Послеродовой гипопитуитаризм, с другой стороны, который развивается после нормальных родов, является редким состоянием. В основном это объясняется лимфоцитарным гипофизитом. У больных с сахарным диабетом 1-го типа был описан некроз гипофиза, который встречается крайне редко.

Анализ последних исследований и публикаций. Лимфоцитарный гипофизит, или аутоиммунный гипофизит - это заболевание, характеризующееся лимфоцитарной инфильтрацией гипофиза, которая в конечном итоге приводит к разрушению гипофизарной ткани, сопровождающееся различными клиническими проявлениями гипофизарной дисфункции.

Формулировка цели статьи. Цель состоит в том, чтобы представить случай гипопитуитаризма у пациентки с диабетом типа 1 в послеродовом периоде, после нормальных родов, причиной которого был признан лимфоцитарный гипофизит или некроз гипофиза antepartum.

Представление основного материала. Здесь мы описываем случай больной сахарным диабетом 1-го типа с послеродовым пангипопитуитаризмом. Состояние может быть связано или с аутоиммунным гипофизитом, или с некрозом передней доли гипофиза во время беременности.

Обсуждение: Тяжелое состояние пациентки объяснялось неспецифическим асептическим менингитом. Эндокринный дефицит был обусловлен пангипопитуитаризмом передней доли гипофиза, что вначале проявлялось аменореей, неудачей лактации, а позже было диагностировано как дефицит АКТГ и ТТГ. Этот случай является диагностическим признаком пангипопитуитаризма, аутоиммунного гипофизита.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Мы делаем вывод, что любую головная боль с внезапным началом, связанную с тошнотой и рвотой во время беременности, следует считать предупреждением гипофизарного расстройства, что нельзя объяснить симптомами, связанными с беременностью, или менингитом. Раннее лечение стероидами может предотвратить прогрессирование гипофизарного разрушения и многолетние страдания таких больных.

Key words: hypopituitarism, type 1 diabetes mellitus, pituitary necrosis, hypophysitis, empty Sella, central hypothyroidism, amenorrhea.

Formulation of the problem. Postpartum pituitary necrosis or Sheehan's syndrome is a familiar condition that has been attributed to massive bleeding during or after the delivery [1]. The specific mechanism of pituitary necrosis is unclear and generally accepted, that hypotension increases pituitary ischemia leading to necrosis, which may cause hypopituitarism immediately or years later, depending on the degree of tissue damage [2]. Antepartum pituitary necrosis, which is unrelated to massive intra or postpartum hemorrhage, is a very rare condition in

pregnancy, although it has been reported in patients with long standing type 1DM patients [3].

Analysis of recent research and publications. Lymphocytic hypophysitis or autoimmune hypophysitis is a disease characterized by lymphocytic infiltration of the pituitary gland, which eventually leads to destruction of pituitary tissue accompanied by various clinical presentations of pituitary dysfunction. This condition is frequently reported in women and has been associated with pregnancy with an increasing number of reported cases in recent years [4]. It is now clear that lymphocytic autoimmune hypophysitis can occur in females, adult males and children as well [5,6]. The natural history of lymphocytic hypophysitis is that of progression from inflammation, resembling pituitary mass to atrophy, seen as empty Sella on MRI [4, 5].

Formulating the purpose of the article. The purpose is to present a case of hypopituitarism and empty Sella in a Type 1 diabetic patient, diagnosed postpartum after long-suffering, who has achieved full term pregnancy and normal delivery is reported. Diagnosis of lymphocytic hypophysitis or antepartum pituitary necrosis was raised as the cause of the hypopituitarism.

Presenting main material. Case report: A 27 years old female patient known to have type 1DM for the past 7 years, on insulin treatment since diagnosis and on basal bolus insulin regimen for the last year. She presented to the Endocrine Clinic on December 6, 2012 for reevaluation. She had an uncomplicated spontaneous vaginal delivery 18 months ago. She gave birth to a healthy baby girl weighing 2850gm under epidural anesthesia. She has been suffering from amenorrhea since delivery to the date of consultation. She complained of cold intolerance, decreased appetite, easy fatigability, tiredness, laziness, persistent abdominal pain, nausea and vomiting. In addition, there were frequent attacks of hypoglycemia, and dizziness with changing position and difficulty to gain weight. Patient reported loss of weight 15kg (from 69 to 53kg) since delivery to the consultation date. She did not breastfeed her baby due to lack of milk production. Clinically, she appears tired, her blood pressure and pulse were 100/70 mmHg, 70

b/mand 90/60 mmHg, 80b/m sitting andstanding, respectively.Pulse was regular, and she was not febrile.Heart and Chest examination were unremarkable.Abdomen was soft with no organomegaly and nonspecific tenderness. Scanty hair growthis noted in axillaries and pubic areas.Lower limbs had no edema. Impression: type 1DM, secondary amenorrhea after normal delivery with persistent nausea, vomiting and abdominal pain.Laboratory investigationsare shown in Table I.

The patient had secondary amenorrhea after delivery, with low FSH, LH and prolactin.Such findings are not characteristics of early menopause or premature ovarian failure (POF). Pituitary MRI revealed empty Sella [Figure 1].

The patient was referred to the gynecology department for oral contraceptive pill (OCP) or assisted conception. Reassessment of the patient 3 months later revealed that she is still having the same clinical picture without any improvement. Laboratory investigations showed low normal levels of ACTH and cortisol (am)3.35 and 282, respectively. The patient was the nadmitted for further pituitary reevaluation and to rule out hypopituitarism. ACTH stimulation test was performed with 250mg Cosyntropin IV and the results are shownin Table II, thyroid function test was not performed at that time.

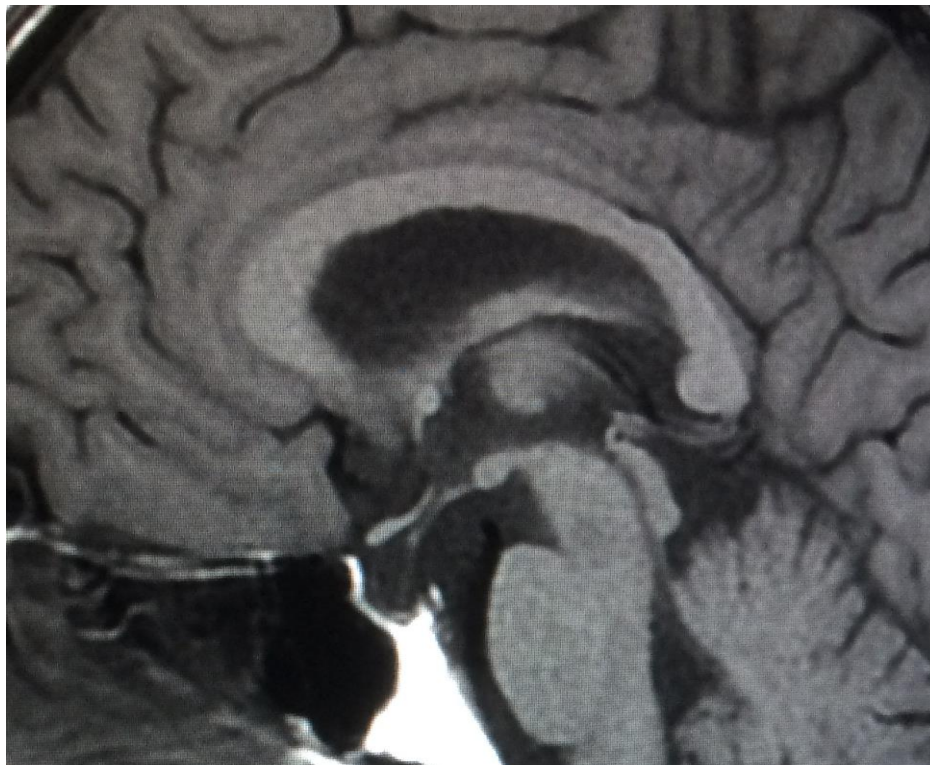


Figure 1 Pituitary MRI showing empty Sella.

The patient showed suboptimal response. Diagnosis of Partial Hypopituitarism with empty Sella was established.

Reviewing the medical history, she was well on regular follow-up in an Endocrine Clinic until she became pregnant. During pregnancy, she was admitted four times to the hospital. First admission was on November 6, 2010 at gestational age of 6 weeks with epigastric pain, nausea, vomiting without fever. Laboratory investigations are shown in Table I. Vital signs were within normal ranges. Patient was treated for UTI in pregnancy.

The patient continued to have persistent vomiting, nausea and abdominal pain that was explained as Hyperemesis Gravidarum. She was admitted for the second time to the medical ward at a gestational age of 16 weeks. She complained of sudden onset of severe headache of increasing intensity for the past 3 days. The headache was associated with severe vomiting and fever with no neck pain or blurred vision. Clinically, vital signs were stable, blood pressure was 110/70, and pulse was regular, 80 b/m. Heart, chest and abdominal examination were unremarkable. No neck rigidity or neurological deficit were observed. Fundi were normal. CSF was normal. Brain MRI (limited study without contrast because the patient was pregnant) was reported as normal, but pituitary gland showed slight bulging of its surface probably secondary due to hormonal changes. No evidence of intracranial mass, bleeding or acute infarction [Figure 2].

The severe headache, nausea, and vomiting continued and she developed fever during hospitalization [Figure 3].

Patient's blood sugar was controlled at low values with some tendency for hypoglycemia. Endocrine opinion was unexplained headache with normal CSF and Brain MRI. Laboratory results were within normal ranges, except for increased WBC count, neutrophils 63%, lymphocytes 30%. She was treated and discharged as a case of viral or nonspecific meningitis. Patient was instructed to take NSAIDs for headache, if needed. The patient continued to have similar complaints with recurrent frequent visits to the emergency room with new hypoglycemic attacks. She developed convulsions once and was admitted to the medical ward with

variation of blood sugar values, nausea, vomiting and abdominal pain. Clinically, she was stable. Laboratory investigations showed normal arterial blood gases and liver enzymes were: AST 89, ALT 105 (mostly drug induced), urine ketones were +3 and urine sugar was +3. She was treated as a case of uncontrolled blood sugar, given antiemetics and referred to the GI clinic for the persistent vomiting, nausea and abdominal pain.

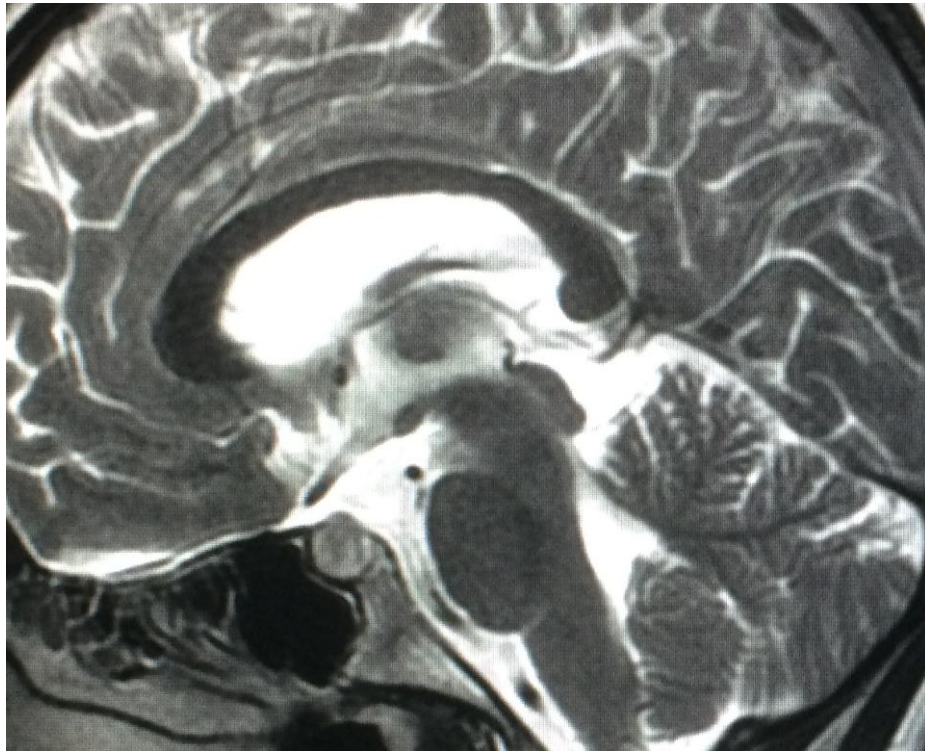


Figure 2 Brain MRI showing pituitary enlargement.

The clinical condition continued to be the same, without improvement. Patient was admitted to the hospital twice, once, she was admitted to the intensive care unit for severe vomiting, and supportive management was provided. Between admissions, she had recurrent and frequent visits to the ER with the same clinical picture until she gave birth. After delivery, her clinical picture did not improve much, nausea, vomiting, abdominal pain, tiredness, easy fatigability, weakness, decreased appetite, hypo and hyperglycemic attacks and shortness of breath on exertion were observed. Laboratory investigations of ACTH, Cortisol (am), thyroid stimulating hormone and prolactin values were: 2.76, 181, 0.5, 126, respectively [Table I].

Temperature, Pulse, Respiration and Blood Pressure Record

Patient Name: Taiseer mohid

File No: 5003013

Admission Date: 19.1.11

Room: 361

Weight: _____

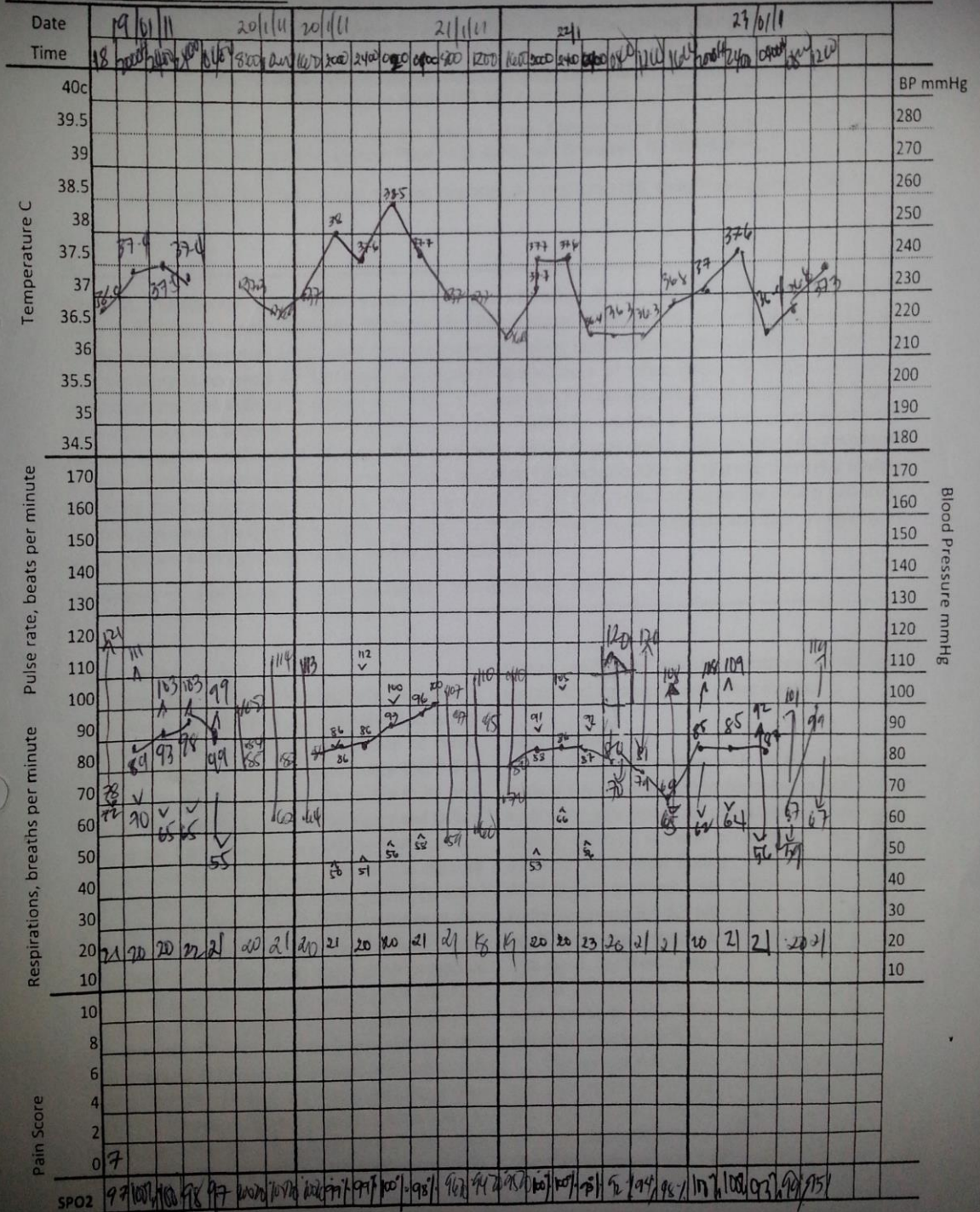


Figure 3 Temperature curve during first admission.

Table 1.

Laboratory investigations throughout clinic visits and admissions

Laboratory test	6-11-2010	19-1-2011	7-2-2011	20-7-2011	6-12-2012	19-2-2013	-3-14-2014
HBA1c(4.2-5.7%)	9.0				12.9	12.5	7
Cholesterol(mmol/L)	NA				6.37		
LDL-c (mmol/L)	NA				4,75		
AST (IU)	NA		89		94		
ALT (IU)	NA		105		129		
K+ (3.5-5.2) mmol/L	NA				4.77	4.3	3
Na+(136-145)mmol/L	NA		NA		138	132	143
Cl- (90-107) mmol/L	NA		NA		97	93	
ACTH (1.6-13.9)	-----		-----	2.76	6.8		
Cortisol(am)(171-536)	-----		-----	181	268		
TSH(0.27-4.2)mIU/L	-----		-----	0.5	1.8	-----	1.3
FT4	-----		-----	-----	----		5
FT3	-----		-----	-----	-----	-----	2.2
Prolactin(72-511)mIU/L	-----			126	28		
B Estradiol(46-607) mIU/L	----				17		
FSH (3.5-12.6)mu/ml	----				4.55		3.5
LH (2.5-12.5) mu/ml	-----				3.7	Normal	1.5
CBC	NA	WBC 14x10 ³			Normal		
KFT	NA				Normal		
TTG abs	negative				negative		
Anti insulin Antibodies	-----				negative		
Hbs Ag	-----				negative		
HCV antibodies	-----				negative		
Urine analysis	WBC 29-33		++++ ketones +++ sugar		-----		
ABGs	-----		normal		-----		
Mg	-----				-----		
TPO antibodies	negative				-----		
Tg Antibodies	negative				-----		

The patient clinical picture described did not improve and she continued to visit the emergency room, internal medicine and obstetric gynecologic clinics. She was advised to seek psychiatric consultation for her condition. However, she was reevaluated by cardiologist, neurologist, nephrologist and gastroenterologist several times. Diagnoses of inflammatory pelvic disease and nephropathy were suggested. Nonetheless, abdominal CT-Scan showed no abnormalities. ECG showed low voltage and normal sinus rhythm [Figure 4].

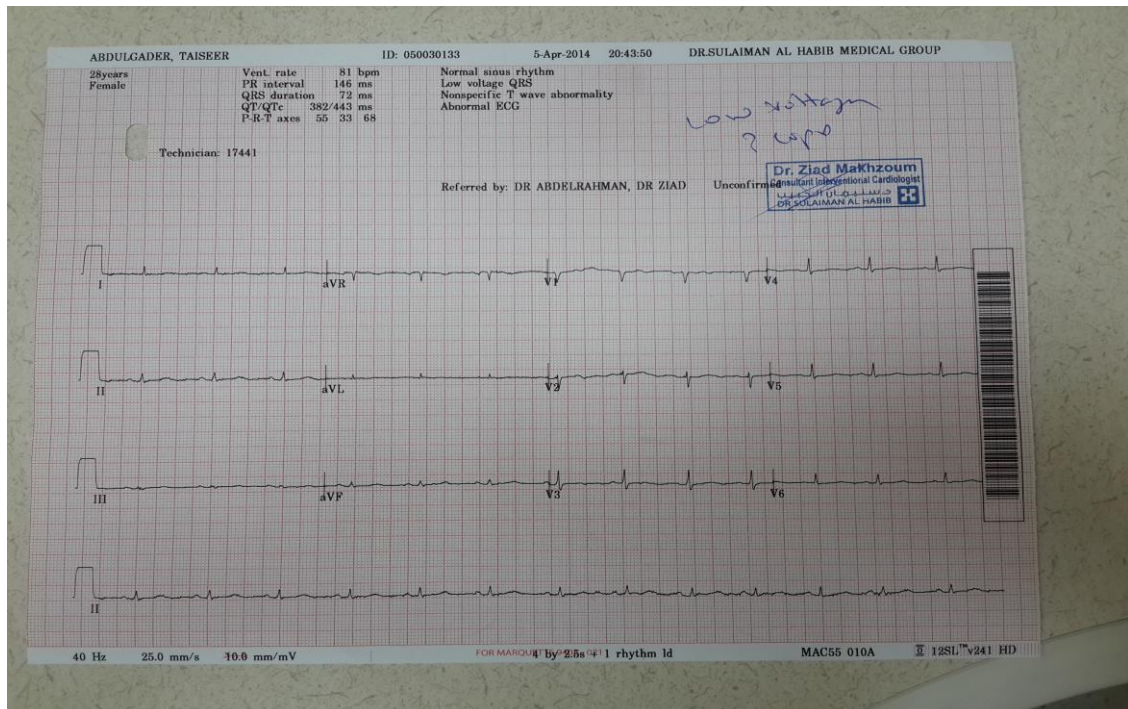


Figure 4. EKG showing low voltage amplitude

Echocardiography was normal. Brain MRI was performed because she developed left sided numbness and body ache. On examination, no neurologic deficits were detected and multiple sclerosis was suspected. MRI showed pituitary empty Sella [Figure 5a, 5b]. Epilepsy with gastric aura was then suggested, but the patient did not take the prescribed antiepileptic drugs.

Two years later, the diagnosis of Partial Hypopituitarism was established. She was prescribed hydrocortisone 10mg morning 5mg evening daily. Significant improvement of her condition was noticed and one month after the hydrocortisone replacement therapy, she was asymptomatic with good general condition.



Figure 5 (a, b). Brain MRI showing empty Sella

A year later, she was free of symptoms with controlled blood sugar. Laboratory investigations were unremarkable except for the thyroid profile [Table 2], which supported the diagnosis of panhypopituitarism and she was prescribed thyroxine 100mcg daily, hydrocortisone 10mg daily and oral contraceptives (OCP).

Table 2 .

ACTH stimulation test		
Time	ACTH	Cortisol
Zero	1,86	153
30'		525
60'		660
90'		562
120'		560

Interpretation of the ACTH stimulation test:

If cortisol am > 470 - 500 Normal

Cortisol am <80-110 Adrenal insufficiency

Cortisol am 110-470, consider repeating the ACTH Stimulation test

If cortisol level >722, Normal response

If cortisol <510, suboptimal response

Two years later, the patient delivered a healthy baby. The pregnancy course was without complication and controlled blood sugar.

Discussion: Hypopituitarism is a state of endocrine partial or complete malfunction. It may be due to a disease of the pituitary, hypothalamus or even the surrounding structures [9]. It was first clinically described by Simmonds in 1914 [10]. Hypopituitarism may present as an acute onset disease with adrenal insufficiency or severe hypothyroidism. Therefore, admission and intensive care management is necessary, versus chronic diseases with signs and symptoms of pituitary mass lesion or progressive hormonal deficiency symptoms of target organ [11]. The described patient did not have a history of post-partum or antepartum hemorrhage but had a normal vaginal delivery with a healthy baby. Therefore, she cannot fall in the category of Sheehan's Syndrome; hence, she fits the category of hypopituitarism wherein pituitary autoimmunity or pituitary necrosis leads to hypopituitarism [1,10].

The pituitary autoimmune disorder; Lymphocytic Hypophysitis (LH) was first described by Goudie and Pinkerton in 1962. The first antepartum LH cases were reported in 1980 by Quencer and Mayfield [6]. Since that time, more than 700 cases were presented [6,11]. This condition usually affects women during pregnancy, postpartum period, non-pregnant women as well as men and children [6].

The natural history of Lymphocytic Hypophysitis is variable. Initially, the pituitary gland can enlarge and cause compressive symptoms as it undergoes inflammatory infiltration. Over time, the gland usually shrinks because of fibrosis and atrophy, ending with empty Sella. Most patients will have permanent Hypopituitarism. Nevertheless, there have also been reported cases of pituitary functions recovery [6, 12 and 13].

Is this a case of Lymphocytic Hypophysitis during pregnancy? - because she was on her second trimester of pregnancy! She developed severe headache, nausea, vomiting, general weakness with hypoglycemic attacks, and sensitive hyperglycemia (where only small doses of insulin are needed to control that) with

symmetrical pituitary enlargement which was seen in Brain MRI even contrast was not given. The patient's condition was explained as non-specific aseptic meningitis, most probably of viral origin, as was reported earlier [14, 15].

All throughout her pregnancy, since the first admission, she continued to have signs and symptoms of ACTH, Cortisol deficiency [18], which was overlooked until a year after delivery, when hydrocortisone replacement therapy was started.

In our patient, the headache was blamed on meningitis [14, 15]. While other symptoms such as fatigue, lethargy, nausea and vomiting were blamed on the pregnancy [16].

Death due to adrenal insufficiency have been reported in earlier series of cases as well as endocrine deficiency with 136 out of 152 patients showing, ACTH deficiency in 82, low TSH in 62, decreased Gonadotrophine in 59 and Prolactin deficiency in 50 patients [17]. Hyperprolactinemia can occur due to compression of pituitary stalk. Involvement of the posterior pituitary was also reported [10, 14, 15].

The endocrine deficiency in our patient was due to anterior pituitary hypopituitarism, initially manifested by amenorrhea, failure of lactation and later diagnosed as ACTH and TSH deficiency. Growth hormone and IGF1 were not evaluated at that time. Her symptoms during pregnancy and post-partum were mostly due to ACTH deficiency, which is the earliest and most frequent sign of pituitary deficiency [6]. Lymphocytic Hypophysitis that manifested in our patient occurred during the early second trimester, as there were no complications on the fetus or on the outcome of the pregnancy, which concluded at term with spontaneous vaginal delivery [11, 18].

This case is a diagnostic feature of autoimmune hypophysitis panhypopituitarism. Given the clinical picture of severe sudden onset of continuous headache for 3 to 4 days, nausea, vomiting, and signs of cortisol deficiency during pregnancy, with severe symptoms, which were out of the proportion to the size of

pituitary mass on imaging particularly, the presence of headache in the absence of acromegaly, apoplexy or malignancy [19].

The treatment of autoimmune hypophysitis is controversial [6, 11]. Steroid therapy has been advocated to treat the autoimmune mechanism which have not been histologically proven and efficacy is uncertain [18, 20].

When visual pathways are affected, a case can certainly be made for a short trial of steroid treatment where the combination of context of pregnancy pattern of hormone deficiency and imaging findings are all suggestive of hypophysitis [6, 18, 20].

Autoantibodies, or other autoimmune diseases are not present in the described patient like Celiac Disease, Thyroiditis, Autoimmune Hepatopathy, Systemic Lupus Erythematosus and anti-insulin antibodies, (anti-GAD and anti-islet antibodies were not tested) even if she has long standing Insulin Dependent DM and treated for that. The possibility of pituitary necrosis in a diabetic patient during pregnancy was raised in this patient. Pituitary necrosis during pregnancy is a very rare condition and unrelated to massive intra or postpartum hemorrhage, has only been reported in patients with long standing DM-1 and recently described in GDM [1, 3].

The clinical picture in the described patient is suggestive of pituitary necrosis; sudden onset of severe headache lasting 3-4 days in the early second trimester of pregnancy associated with severe nausea and vomiting. During hospitalization, she developed fever and low blood sugar with hypoglycemic attacks and increased sensitivity to insulin doses. Therefore, less insulin doses were given, but her blood sugar fell down to hypoglycemic levels when insulin dose was increased. Concurrently, hyperglycemia was observed when insulin was stopped or decreased.

Brain MRI showed symmetrical enlargement of pituitary gland but contrast. Despite continuous nausea, vomiting, abdominal pain with recurrent admissions and experiencing hypo- and hyperglycemic episodes during pregnancy, pituitary function was not evaluated. This was due to the already established diagnosis of

nonspecific or viral meningitis. Despite amenorrhea and lactation failure, symptoms were attributed to pregnancy and after delivery ascribed to gastrointestinal issues or psychiatric disorder as was reported earlier [21].

Pituitary gland, especially the anterior lobe, normally enlarges during pregnancy and the blood supply requirement increases [22]. When diabetic vasculopathy and hypercoagulability superimposes the aforementioned physiologic changes, the pituitary gland becomes more prone to ischemia and necrosis [1]. This is the most probable pathophysiological explanation of pituitary necrosis in diabetic pregnancy.

To date, reports of antepartum pituitary necrosis associated with DM are rare. Based on the described cases [3, 23], all pregnant cases associated with this condition have preexisting Insulin Dependent DM with a duration ranging from 1 to 25 years. Antepartum necrosis usually occurs in the third trimester of pregnancy. Common symptoms and signs that increase suspicion of pituitary necrosis are intractable headache and the Houssay phenomenon (frequent episodes of hypoglycemia caused by growth hormone and/or ACTH deficiency resulting in sudden decrease of insulin requirement) [3, 24 and 25].

The described case here is unique and distinguished from other previously described cases in that she developed the clinical picture of pituitary necrosis early in the 14 weeks of gestational age with subsequent picture of ACTH deficiency and hypoglycemic attacks with increased sensitivity to insulin.

The finding of empty Sella on MRI postpartum 9 months later, absence of antepartum or postpartum hemorrhage and completed pregnancy without complications. Additionally, a clinical picture of severe headache in early pregnancy with postpartum amenorrhea, and lactation failure suggest pituitary necrosis, hypopituitarism.

The clinical picture described here demonstrates either autoimmune lymphocytic-adenohypophysitis with panhypopituitarism and empty Sella. Either, antepartum pituitary necrosis as clinical picture developed in a patient known to have type 1 DM and related to pregnancy.

Conclusions and perspectives of further research. We conclude that any headache of sudden onset associated with nausea and vomiting during pregnancy and a suggested picture of pituitary insufficiency should be considered an alert of pituitary disorder that cannot be explained as pregnancy related symptoms, or non-specified meningitis. Furthermore, to be careful in interpreting images not specific to pituitary gland.

This conclusion was established based on the early steroids treatment that could prevent the progression of the pituitary destruction and/or early identification of the condition with early replacement therapy. This should prevent long-suffering of such patients.

References

1. Park HJ, Kim J, Rhee Y, Park YW, Kwon JY. Antepartum pituitary necrosis occurring in pregnancy with uncontrolled gestational diabetes mellitus: a case report. *J Korean Med Sci.* 2010; 25:794-7
2. Hao J1, Liu M, Mo Z. *Case Rep Med.* 2012; 2012: 271345. doi:10.1155/2012/271345. Epub 2012 Sep 19. The Symptoms Get Worse after Pregnancy in Sheehan's Syndrome: A Case Report.
3. Tahrani AA1, West TE, Macleod AF. *Exp Clin Endocrinol Diabetes.* 2007; 115:136-8. An unusual cause of severe hypoglycaemia in type 1 diabetes mellitus. Antepartum pituitary failure: a case report and literature review.
4. Rivera JA. Lymphocytic hypophysitis: disease spectrum and approach to diagnosis and therapy. *Pituitary.* 2006; 9:35-45.
5. Laway BA, Mir SA. Pregnancy and pituitary disorders: Challenges in diagnosis and management. *Indian J Endocrinol Metab.* 2013; 17:996-1004
6. Bellastella G, Maiorino MI, Bizzarro A, Giugliano D, Esposito K, Bellastella A, De Bellis A. Revisitation of autoimmune hypophysitis: knowledge and uncertainties on pathophysiological and clinical aspects. *Pituitary.* 2016; 19:625-642. Review.

7. Petersenn S, Quabbe HJ, Schöfl C, Stalla GK, von Werder K, Buchfelder M. The rational use of pituitary stimulation tests. *DtschArztebl Int.* 2010; 107:437-43.
8. Du X, Yuan Q, Yao Y, Li Z, Zhang H Hypopituitarism and successful pregnancy. *Int J ClinExp Med.* 2014. 15; 7(12): 4660-5.
9. Kim SY. Diagnosis and Treatment of Hypopituitarism. *EndocrinolMetab.* 2015; 30:443-55
10. Schneider HJ, Aimaretti G, Kreitschmann-Andermahr I, Stalla GK, Ghigo E. Hypopituitarism. *Lancet.* 2007; 369:1461-70
11. Caturegli P, Newschaffer C, Olivi A, Pomper MG, Burger PC, Rose NR Autoimmune hypophysitis. *Endocr Rev.* 2005; 26:599-614
12. Gao H, Gu YY, Qiu MC. Autoimmune hypophysitis may eventually become empty sella. *Neuro Endocrinol Lett.* 2013; 34:102-6.
13. Karaca Z, Tanriverdi F, Unluhizarci K, Kelestimur F, Donmez H. Empty sella may be the final outcome in lymphocytic hypophysitis. *Endocr Res.* 2009; 34:10-17.
14. Honegger J, Fahlbusch R, Bornemann A, Hensen J, Buchfelder M, Müller M, Nomikos P. Lymphocytic and granulomatous hypophysitis: experience with nine cases. *Neurosurgery.* 1997; 40:713-22
15. Matta MP1, Kany M, Delisle MB, Lagarrigue J, Caron PH. A relapsing remitting lymphocytic hypophysitis. *Pituitary.* 2002; 5:37-44
16. Biswas M, Thackare H, Jones MK, Bowen-Simpkins P. Lymphocytic hypophysitis and headache in pregnancy. *BJOG.* 2002; 109:1184-6
17. Quinkler M1, Beuschlein F2, Hahner S3, Meyer G4, Schöfl C5, Stalla GK6. Adrenal cortical insufficiency--a life threatening illness with multiple etiologies. *DtschArztebl Int.* 2013; 110(51-52): 882-888.
18. Karaca, Z., F. Tanriverdi, K. Unluhizarci, F. Kelestimur, Pregnancy and pituitary disorders. *Eur J Endocrinol.* 2010; 162: 453-475.
19. Howlett TA1, Levy MJ, Robertson IJ. How reliably can autoimmune hypophysitis be diagnosed without pituitary biopsy? *ClinEndocrinol,* 2010; 73:18-21

20. Karaca Z, Kelestimur F. The management of hypophysitis. *Minerva Endocrinol.* 2016; 41: 390-399.

21. Nwokolo, M and Fletcher J. A rare case of hypopituitarism with psychosis. *Endocrinol Diabetes Metab. Case Rep.* 2013; 2013:130007

20. Gao H, Gu YY, Qiu MC. Autoimmune hypophysitis may eventually become empty sella. *Neuro Endocrinol Lett.* 2013; 34:102-106.

21. Karaca Z, Tanriverdi F, Unluhizarci K, Kelestimur F, Donmez H. Empty Sella may be the final outcome in lymphocytic hypophysitis. *Endocr Res.* 2009; 34:10-17.

22. Dorfman SG, Dillaplain RP, Gambrell RD Jr. Antepartum pituitary infarction. *Obstet Gynecol.* 1979; 53:21S-24S

23. Balasuriya Chandima N.D.1, Fougner Stine L.1, Bjørgaas antepartum pituitary insufficiency in type 1 diabetes 1, 2013 // www.endocrineabstracts.org/ea/0032/eposters/ea0032p224_eposterpdf

24. Hardy KJ, Burge MR, Boyle PJ, Scarpello JH. A treatable cause of recurrent severe hypoglycemia. *Diabetes Care.* 1994; 17:722-724

25. Alexander RI Fatal hypoglycaemia in a diabetic patient with pituitary necrosis. *Br Med J.* 1953;1 (4825):1416-418.

References

1. Park, H.J. Kim, J. Rhee, Y. Park, Y.W. and Kwon, J.Y. (2010), "Antepartum pituitary necrosis occurring in pregnancy with uncontrolled gestational diabetes mellitus: a case report", *J Korean Med Sci.*, vol. 25, p.794-797

2. Hao, J.1. Liu, M. and Mo, Z. (2012), 271345, doi:10.1155/2012/271345. "The Symptoms Get Worse after Pregnancy in Sheehan's Syndrome: A Case Report", *Case Rep Med.*

3. Tahrani, A.A. West, T. E. and Macleod, A. F. (2007), "An unusual cause of severe hypoglycaemia in type 1 diabetes mellitus. Antepartum pituitary failure: a case report and literature review", *Exp Clin Endocrin Diab*, vol. 115, pp.136-138.

4. Rivera, J. A. (2006), "Lymphocytic hypophysitis: disease spectrum and approach to diagnosis and therapy", *Pituitary*, vol. 9, pp.35-45.
5. Laway, B. A. and Mir, S. A. (2013), "Pregnancy and pituitary disorders: Challenges in diagnosis and management", *Indian J Endocrinol Metab.*, vol. 17, pp. 996-1004
6. Bellastella, G. Maiorino, M. I. Bizzarro, A. Giugliano, D. Esposito, K. Bellastella, A. and De Bellis, A. (2016), "Revisitation of autoimmune hypophysitis: knowledge and uncertainties on pathophysiological and clinical aspects", *Pituitary. Review*, vol. 19, pp. 625-642.
7. Petersenn, S. Quabbe, H. J. Schöfl, C. Stalla, G. K. von Werder, K. and Buchfelder, M. (2010), "The rational use of pituitary stimulation tests", *Dtsch Arztebl Int.*, vol. 107, pp. 437- 443.
8. Du, X. Yuan, Q. Yao, Y. Li, Z. and Zhang, H. (2014, 15), "Hypopituitarism and successful pregnancy", *Int J ClinExp Med.* , vol. 7(12), pp. 4660-4665.
9. Kim, S. Y. (2015), "Diagnosis and Treatment of Hypopituitarism", *Endocrinol Metab.* , vol. 30, pp. 443-455.
10. Schneider, H.J. Aimaretti, G. Kreitschmann-Andermahr, I. Stalla, G. K. and Ghigo, E. (2007), "Hypopituitarism", *Lancet*, vol. 369, pp.1461-1470.
11. Caturegli, P. Newschaffer, C. Olivi, A. Pomper, M. G. Burger, P.C. and Rose, N. R. (2005), "Autoimmune hypophysitis", *Endocr Rev.*,vol. 26, pp. 599-614.
12. Gao, H. Gu, Y. Y. and Qiu, M. C. (2013), "Autoimmune hypophysitis may eventually become empty sella", *Neuro Endocrinol Lett.*, vol. 34, pp. 102-106.
13. Karaca, Z. Tanriverdi, F. Unluhizarci, K. Kelestimur, F. and Donmez, H. (2009), "Empty sella may be the final outcome in lymphocytic hypophysitis", *Endocr Res.* , vol. 34, pp. 10-17.
14. Honegger, J. Fahlbusch, R. Bornemann, A. Hensen, J. Buchfelder, M. Müller, M. and Nomikos, P. (1997), "Lymphocytic and granulomatous hypophysitis: experience with nine cases", *Neurosurgery*, vol. 40, pp. 713-722.
15. Matta, M. P. Kany, M. Delisle, M. B. Lagarrigue, J. and Caron, P. H. (2002), "A relapsing remitting lymphocytic hypophysitis", *Pituitary*, vol. 5, pp.37-44.

16. Biswas, M. Thackare, H. Jones, M. K. and Bowen-Simpkins, P. (2002), "Lymphocytichypophysitis and headache in pregnancy", *BJOG*, vol. 109, pp. 1184-1186.
17. Quinkler, M. Beuschlein, F. Hahner, S. Meyer, G.Schöfl, C. and Stalla, G.K. (2013), "Adrenal cortical insufficiency - a life threatening illness with multiple etiologies", *Dtsch Arztebl Int.* , vol. 110(51-52), pp. 882-888.
18. Karaca, Z. F. Tanriverdi, K. and Unluhizarci, F. (2016), "Kelestimur, Pregnancy and pituitary disorders", *Eur J Endocrinol.* , vol. 162, pp. 453-475.
19. Howlett, T. A. Levy, M. J. and Robertson, I. J. (2010), "How reliably can autoimmune hypophysitis be diagnosed without pituitary biopsy?", *Clin Endocrinol.*, vol. 73, pp. 18-21.
20. Karaca, Z. and Kelestimur, F. (2016), "The management of hypophysitis", *Minerva Endocrinol.* , vol. 41, pp. 390 - 399.
21. Nwokolo, M. and Fletcher J. (2013), "A rare case of hypopituitarism with psychosis", *Endocrinol Diabetes Metab. Case Rep.*, vol. 2013, p.130007.
20. Gao, H. Gu, Y. Y. and Qiu, M. C. (2013), "Autoimmune hypophysitis may eventually become empty sella", *Neuro Endocrinol Lett.* , vol. 34, pp. 102-106.
21. Karaca, Z. Tanriverdi, F. Unluhizarci, K. Kelestimur, F. and Donmez, H. (2009), "Empty Sella may be the final outcome in lymphocytic hypophysitis", *Endocr Res.*, vol. 34, pp. 10-17.
22. Dorfman, S. G. Dillaplain, R. P. Gambrell, R. D. (1979), "Jr. Antepartum pituitary infarction", *Obstet Gynecol.* , vol. 53, pp. 21S-24S.
23. BalasuriyaChandima, N. D. and Fougner Stine, L. (2013), "Björgaas antepartum pituitary insufficiency in type 1 diabetes" [Online], available at: www.endocrineabstracts.org/ea/0032/eposters/ea0032p224_eposterpdf
24. Hardy, K. J. Burge, M. R. Boyle, P. J. Scarpello, J. H. (1994), "A treatable cause of recurrent severe hypoglycemia", *Diabetes Care*, vol. 17, pp.722-724
25. Alexander, R. I. (1953), "Fatal hypoglycaemia in a diabetic patient with pituitary necrosis", *Br Med J.* , vol. 1 (4825), pp.1416-418.

УДК 159.942+159.947+159.98

Жемчужна Анна Олександрівна, магістр психології, ПрАТ «ВНЗ «МАУП», 02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна; zhemchuzhnaya1981@ukr.net, +38 (097) 889-69-69

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5755-0757>

ПСИХОДІАГНОСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ СПІВЗАЛЕЖНОСТІ В ПОДРУЖНІХ (ПАРТНЕРСЬКИХ) ВІДНОСИНАХ

Анотація

Ключові слова: співзалежність, партнерські (подружні) стосунки, психодіагностика.

Постановка проблеми. Міжособистісна співзалежність негативно впливає на усі аспекти життя людини. В основі даної проблематики лежить недостатня диференціація «образу Я», адже співзалежні особи не мають чітких уявлень про власні бажання, потреби і почуття, тому можливість адекватного їх вираження і реалізації в парі ускладнені.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема залежностей є однією з найбільш актуальних в сучасному суспільстві. Фахівці в області залежностей найчастіше розглядають співзалежність як сімейну проблему. Аналіз психологічної літератури з проблеми дозволяє розуміти співзалежність не тільки як вторинне явище, пов'язане з алкогольною та наркотичною залежністю близької людини, а як порушення розвитку особистості, що формується в ранніх дитячо-батьківських відносинах. Аналіз наукової літератури з питань сутності та природи залежності свідчить про глибоку теоретичну і емпіричну розробленість феномена залежності (адикції) і наявності добре сформованого термінологічного апарату для його вивчення.

Високий ризик поширення традиційних і нових видів адикції актуалізує проблему вироблення раціональних стереотипів психогігієнічної поведінки у реальних і потенційних адиктів. Найбільшу актуальність зберігає проблема вивчення залежності як негативного біопсіхосоціодуховного явища і розробки способів, здатних не тільки стримати зростання, але і надати ефективну протидію виникненню і подальшому поширенню цього синдрому.

Формулювання мети статті. Мета полягає у вивченні психологічних особливостей особистості в співзалежних стосунках у парі.

Виклад основного матеріалу. Психологічна база досліджування склала 82 осіб (41 пара), контрольна досліджувана група - 40 осіб (20 подружніх пар) – які характеризувалися стабільними, сприятливими взаєминами адаптовані пари, що не мають подружніх утруднень і задоволені шлюбом; основна досліджувана група – 42 осіб (21 подружні пари) – які зверталися до психологічної консультації у зв'язку з проблемами співзалежності, незадоволення шлюбом,- це ті пари, які можуть бути віднесені до пізніх, або фінальних, етапів залежності. Для дослідження психоемоційних станів досліджуваних основної та контрольної груп були обрані валідні психодіагностичні методики: Тест-опитувальник Спілбергера-Ханіна (діагностика тривожності); Опитувальник тріади любові по Стернбергу; Тест на співзалежність Фішера; Тест «впевненість у собі» Райдаса; Виявлення любовної залежності (по Єгорову). В проведеному дослідженні були виявлені стратегії міжособистісної взаємодії жінок і чоловіків зі співзалежною поведінкою.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Більшість жінок та чоловіків, які взяли участь у нашому дослідженні, не намагаються приховувати звичайні страхи, занепокоєння або свою невпевненість. Вони намагаються добре виглядати в своїх очах та в очах партнерів, не завжди потребують бути «правими», відчують нестачу довіри з боку близької людини і занепокоєння при встановленні близьких, довірливих відносин. Результати наших досліджень підтверджують дані джерел наукової

літератури, що співзалежним людям властиво: заперечення, страх, тривога, сором, вина, перфекціонізм, нав'язливі думки, невміння дотримуватися кордону особистості, схильність до маніпулювання, ригідність.

Дослідження проблеми співзалежності є значущими для психологів, тому питання потребує більш ґрунтовного теоретичного вивчення.

Аннотация

Жемчужная А. А., магистр психологии, ЧАО «ВУЗ «МАУП», г.Киев, Украина. **Психодиагностическое исследование проблемы созависимости в семейных (партнерских) взаимоотношениях.**

Ключевые слова: созависимость, партнерские (супружеские) отношения, психодиагностика.

Постановка проблемы. Межличностная созависимость негативно влияет на все аспекты жизни человека. В основе данной проблематики лежит недостаточная дифференциация «образа Я», ведь созависимые лица не имеют четких представлений о собственных желаниях, потребности и чувства, поэтому возможность адекватного выражения и реализации в паре затруднены.

Анализ последних исследований и публикаций. Проблема зависимостей является одной из наиболее актуальных в современном обществе. Специалисты в области зависимостей чаще всего рассматривают созависимость как семейную проблему. Анализ психологической литературы по проблеме позволяет понимать созависимость не только как вторичное явление, связанное с алкогольной и наркотической зависимостью близкого человека, а как нарушение развития личности, формируется в ранних детско-родительских отношениях. Анализ научной литературы по вопросам сущности и природы зависимости свидетельствует о глубокой теоретической и эмпирической разработанности феномена зависимости (аддикции) и наличии хорошо сформированного терминологического аппарата для его изучения. Высокий риск распространения традиционных и новых видов

аддикции актуализирует проблему выработки рациональных стереотипов психогигиенического поведения в реальных и потенциальных аддиктами. Наибольшую актуальность сохраняет проблема изучения зависимости как негативного биопсихосоциодуховного явления и разработки способов, способных не только сдерживать рост, но и предоставить эффективное противодействие возникновению и дальнейшему распространению этого синдрома.

Формулировка цели статьи. Цель заключается в изучении психологических особенностей личности в созависимых отношениях в паре.

Изложение основного материала. Психологическая база исследования составила 82 человек (41 пар), контрольная исследуемая группа - 40 человек (20 супружеских пар) - которые характеризовались стабильными, благоприятными отношениями, адаптированностью, отсутствием супружеских затруднений и удовлетворенностью браком; основная исследуемая группа - 42 человек (21 супружеские пары) - которые обращались за психологической консультацией в связи с проблемами созависимости, недовольством браком, - это те пары, которые могут быть отнесены к поздним, или финальным, этапам зависимости. Для исследования психоэмоциональных состояний исследуемых основной и контрольной групп были выбраны валидные психодиагностические методики: Тест-опросник Спилбергера-Ханина (диагностика тревожности) Опросник триады любви по Стернбергу; Тест на созависимость Фишера; Тест «уверенность в себе» Райдаса; Выявление любовной зависимости (по Егорову). В проведенном исследовании были выявлены стратегии межличностного взаимодействия женщин и мужчин с созависимым поведением.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Большинство женщин и мужчин, принявших участие в нашем исследовании, не пытаются скрывать обычные страхи, беспокойства или свою неуверенность. Они стараются хорошо выглядеть в своих глазах и в глазах партнеров, не всегда требуют быть «правыми», испытывают недостаток доверия со стороны

близкого человека и беспокойства при установлении близких, доверительных отношений. Результаты наших исследований подтверждают данные источников научной литературы, созависимым людям свойственно: отрицание, страх, тревога, стыд, вина, перфекционизм, навязчивые мысли, неумение соблюдать границы личности, склонность к манипулированию, ригидность. Исследование проблемы созависимости является значимым для психологов и требует более основательного теоретического изучения.

Annotation

Zhemchuzhna G. O., Magister of Psychology, The Private Joint-Stock Company Higher Educational Institution Interregional Academy of Personnel Management; Kyiv, Ukraine. **Psychodiagnostic study of the problem of coexistence in family (partner) relationships.**

Key words: interdependence, partnership (marital) relations, psychodiagnostic.

Formulation of the problem. Interpersonal interdependence negatively affects all aspects of human life. At the heart of this problem is the lack of differentiation of the “image of me”, because the co-dependent persons do not have clear ideas about their own desires, needs and feelings, therefore the opportunity to adequately express and implement them in a couple is complicated. Analysis of recent research and publications. The problem of dependencies is one of the most urgent in modern society. Specialists in the field of dependencies often consider coexistence as a family problem. The analysis of psychological literature on the problem allows us to understand the co-dependence not only as a secondary phenomenon associated with the alcohol and drug addiction of a loved one, but as a violation of the development of personality, which is formed in early child-parent relationships. Analysis of scientific literature on the nature and nature of dependence shows a profound theoretical and empirical development of the phenomenon of dependence (addiction) and the presence of well-formed terminology apparatus for its study. The high risk of spreading traditional and new

types of addiction actualizes the problem of developing rational stereotypes of psycho-hygienic behavior in real and potential addicts. The greatest urgency remains the problem of studying the dependence of both the negative biopsy and the spiritual phenomenon and the development of methods that can not only restrain growth, but also provide effective counteraction to the onset and further spread of this syndrome.

Formulating the purpose of the article. The aim is to study the psychological characteristics of a person in co-dependent relationships in a couple.

Presenting main material. The psychological research base was 82 persons (41 couples), the control group under study - 40 (20 couples) - characterized by stable, favorable relationships, adapted couples who have no marital problems and are satisfied with marriage; The main study group - 42 (21 married couples) - who turned to psychological counseling in connection with problems of coexistence, dissatisfaction with marriage - these are the pairs that can be attributed to the late or final stages of dependence. For studying the psycho-emotional states of the studied main and control groups, valid psychodiagnostic techniques were selected: Spielberger-Khanin test questionnaire (diagnosis of anxiety); Questionnaire of Triad of Love by Sternberg; Fischer coexistence test; Raidass self-confidence test; Detection of love affiliation (according to Egorov). In the study, strategies for interpersonal interaction between women and men with co-dependent behavior were identified.

Conclusions and perspectives of further research. Most of the women and men who participated in our study do not try to conceal their usual fears, anxieties, or their uncertainty. They try to look good in their eyes and in the eyes of their partners, they do not always need to be "right", they lack the trust of a loved one and worry when establishing close, trusting relationships. The results of our research confirm the data of the sources of scientific literature that is characteristic of co-dependent people: negation, fear, anxiety, shame, fault, perfectionism, obsessive thoughts, inability to adhere to the boundary of personality, propensity to

manipulation, rigidity. Studies of the problem of coexistence are important for psychologists, so this question requires a more thorough theoretical study.

Ключові слова: співзалежність, партнерські (подружні) стосунки, психодіагностика.

Постановка проблеми. Актуальною проблемою сьогодення є різноманітні залежності, перед небезпекою яких стоїть людина. Співзалежні відносини аналогічні будь-яким іншим залежностям. Останнім часом залежність (аддикція) є предметом розгляду великої кількості дисциплін (медицини, соціології, психології та ін.). За даними різних авторів (В. Д. Менделевич, Б. Уайнхолд и Дж. Уайнхолд, Е. В. Ємельянова), існує понад 150 різновидів залежності. До цієї категорії належать як традиційні хімічні форми залежності (наркоманія, алкоголізм, тютюнопаління та ін.), так й зовсім нові – гемблінг (залежність від азартних ігор), інтернет-адикції та ін. Серед них міжособистісна співзалежність частіше виглядає незначною за своєю поширеністю та наслідками. Між тим, співзалежність стосується не тільки міжособистісної сфери, але й особистості, негативно впливаючи на усі аспекти життя людини (В. І. Литвиненко, О. Ф. Кернберг, О. А. Шорохова). Як вказують Н. Г. Гаранян та А. Б. Холмогорова, співзалежні відносини перетворюються на «трагедію цілого життя», коли нічого не збудовано, але багато чого поруйновано – душевне та фізичне здоров'я, можливості інших відносин визначити суть міжособистісних конфліктів у парі під іншим кутом зору. Причиною розвитку дисфункціональних стосунків виявилось явище, назване «співзалежністю». В зв'язку з широкою поширеністю цього явища, важливість ґрунтовного дослідження різних аспектів даної проблеми цілком очевидна. В основі даної проблематики лежить недостатня диференціація «образу Я», адже співзалежні особи не мають чітких уявлень про власні бажання, потреби і почуття, тому можливість адекватного їх вираження і реалізації в парі ускладнені. Такі стосунки передбачають розчинення меж

власної особистості, тоді як нормальні стосунки – це коли партнер має якусь спільну сферу з іншим і окрему частину особистого життя, про яку інший знає і не намагається контролювати, довіряє. На основі первинної співзалежності, відбувається формування всіх інших видів залежностей і розвиток вторинної співзалежності. Вторинна співзалежність є складним патологічним станом, сформованим у родичів пацієнтів, які страждають хімічними і не хімічними видами залежностей, що визначає порушення психічного здоров'я і особистісного розвитку, що виявляється на ментальному, емоційному, соціальному, духовному рівнях, що включає в себе порушення поведінки і соціальної адаптації. Залежність особи, з психологічної точки зору, являє собою неконтрольований контакт особи з певною хімічною речовиною або процесом, який змінює стан її свідомості, штучним чином повертаючи їй відчуття психологічного комфорту. При цьому неконтрольованість контактів призводить до появи великої кількості проблем уповсякденному житті людини, призводить до погіршення її життя як у матеріальному, так і в духовному планах, і зрештою загрожує деградацією особистості. Достатньо велика поширеність подібних явищ спонукає науковців шукати глибинні причини їх виникнення, щоб запобігти подальшому їх розвиткові і поширенню. Тому актуальним є висвітлення взаємозв'язку залежностей особистості з її співзалежністю від стосунків.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема залежностей є однією з найбільш актуальних в сучасному суспільстві. Фахівці в області залежностей найчастіше розглядають співзалежність як сімейну проблему (М. Бітті, 1997; R. T. Potter-Effron, 2002; Д. А. Цірінг 2009; Н. Курек, 2004; В. Москаленко, 2006; Е. Назаров, 2000; Н. Манухина 2009, Р. Хемфелт з співавт., 2007; Д. Бредшоу, 1989, Б. і Д. Уайнхолд, 2011 і ін.). Аналіз психологічної літератури з проблеми дозволяє розуміти співзалежність не тільки як вторинне явище, пов'язане з алкогольною та наркотичною залежністю близької людини, а як порушення розвитку особистості, що формується в ранніх дитячо-батьківських відносинах.

При описі синдрому залежності, вчені використовують кілька синонімів [8], які певною мірою відрізняються один від одного за змістом понять: пристрасть, залежність (адикція) і девіація. Найбільш багатозначним є поняття залежності. У перекладі з англійської (*addiction*) воно означає схильність, звичку. У медичну практику поняття введено в 1964 році комітетом експертів ВООЗ для застосування нарівні з термінами «хвороблива пристрасть», «звичка», «наркоманія», «алкоголізм». У визначенні ВООЗ [5] поняття «залежність» означає «стан періодичної або хронічної інтоксикації, що викликається повторним вживанням природної або синтетичної речовини». Тому спочатку термін застосовувався в його вузькому значенні і вживався виключно для опису лікарської, тютюнової, алкогольної та наркотичної залежностей. Вузьке розуміння терміна знайшло відображення і у визначенні М. Кордуелла [9], згідно з яким залежність означає такий різновид розладу особистості, при якій виникає потреба в підтримці інших людей або опорі на них у зв'язку з нездатністю прийняття індивідом найпростіших самостійних рішень при одночасному відчутті почуття неадекватності і безпорадності.

В широкому значенні «залежність» характеризує стан необхідності або потребу в чомусь або комусь для підтримки, функціонування чи виживання. Вона супроводжується появою наполегливого бажання, яке проявляється у відчутті гострої необхідності вчинення будь-якого вчинку або здійснення діяльності [25]. Люди, які відчувають пристрасть до чого-небудь або кого-небудь, є аддиктами, що в перекладі з англійської означає «завзятий любитель», людина, яка захоплюється, фанат. Термін «аддикт» у науковій літературі застосовується для характеристики людей у двох значеннях [3]:

- 1) людей, нездатних припинити прийом різних препаратів;
- 2) людей, які витрачають на захоплення весь свій вільний час.

Д. Р. Меєрс [6, с. 164], визначаючи залежність як «наслідок збочення нормальності», вносить новий зміст у розуміння терміна, істотно розширюючи його інтерпретацію і зближуючи з поняттям девіації (лат.

Deviatio - відхилення). Аналогічно сприймає аддикцію як форму патологічної поведінки, яка не відповідає нормі, і Л. М. Доддс [6, с. 164], що визначає її як «активність, що спонукається компульсивно та характеризується інтенсивністю і неослабним завзяттям, відносною втратою автономії Его, включаючи здатність реагувати на фактори реальності і функції турботи про себе». Дане трактування поняття дозволило істотно розширити межі його застосування і використовувати по відношенню до різних видів нехімічної залежності, при якій об'єктом потягу став поведінковий патерн, а не хімічна речовина. Найкоротшу і майже недиференційовану за змістом дефініцію залежності, яка в даному форматі стає застосовною до більшої частини психічних і поведінкових розладів, дає А. W. Shaef, визначаючи її як «будь-який процес, над яким ми не владні» [4, с. 18]. Вчений вперше запропонував поряд з хімічними (субстанціональними) залежностями (алкоголь, наркотики, тютюн, їжа) виділяти нехімічні (поведінкові) залежності або залежності від процесу (накопичення грошей, азартні ігри, секс, робота, інтернет, релігія).

Проявом будь-якого виду залежності є залежна поведінка. Під залежною (адиктивною) поведінкою В. Д. Менделевич [7, с. 344] розуміє «різновид девіантної поведінки, що характеризується непереборною підпорядкованістю власних інтересів інтересам іншої особи або групи, надмірною і тривалою фіксацією уваги на певних видах діяльності або предметах (фетишах), які стають надцінними, зниженням або порушенням здатності контролювати залученість в будь-яку діяльність, а також неможливістю бути самостійним і вільним у виборі поведінки». G. A. Marlatt, J. S. Baer, D. M. Donovan, D. R. Kivlahan [14, с. 230] визначають залежну (адиктивну) поведінку як «повторювану звичку, яка підвищує ризик захворювання і пов'язана з особистими і/або соціальними проблемами». На думку вчених, однією з головних характеристик адиктивної поведінки є «втрата контролю». Її суть полягає в постійному відтворенні поведінкових патернів (повторюваність, рецидив), незважаючи на всі спроби перешкоджання цьому. При цьому спроби зміни адиктивної поведінки

шляхом додаткових вольових зусиль або використання медикаментозних засобів часто закінчуються невдачею і поверненням до початкового стану.

Найбільш загальне уявлення про походження залежності обґрунтовано Ц. П. Короленком [11]. Вчений стверджує, що в основі залежності лежить закладений в самій природі людини потяг до задоволення, яке він отримує, задовольняючи як нижчі (фізіологічні), так і вищі (соціальні) потреби (в любові, соціальної приналежності, владі та ін.). Якщо потреби людини не задоволені раціональними способами, вона, відчуваючи себе нещасною і знедоленою, вдається до нераціональних способів задоволення, використовуючи хімічні та / або нехімічні засоби. Власне психологічне пояснення феномена залежності дає теорія залежної особистості, розроблена В.Д. Менделевичем [12]. Її суть полягає в існуванні загальних для всіх форм залежностей базових характеристик особистості, готової до підпорядкування, що шукає і знаходить в навколишньому світі «відповідний» об'єкт чи суб'єкт залежності. Розвитку особистої схильності до залежності сприяють такі особистісні характеристики індивіда: низький рівень самосвідомості; невпевненість в собі; переважання зникаючої мотивації; не сформованість функції прогнозу; екстернальний локус контролю та ін. Проте зв'язок залежної поведінки з наявністю рис залежної особистості досі залишається повністю не з'ясованим [12].

Таким чином, аналіз наукової літератури з питань сутності та природи залежності свідчить про глибоку теоретичну і емпіричну розробленість феномена залежності (адикції) і наявності добре сформованого термінологічного апарату для його вивчення.

Особливість сучасного етапу розвитку суспільства полягає в постійному виникненні нових ризиків і небезпек, які сприяють неухильному збільшенню масштабів поширення залежності і, як наслідок, погіршення індивідуального і суспільного здоров'я. Високий ризик поширення традиційних і нових видів адикції актуалізує проблему вироблення

раціональних стереотипів психогігієнічної поведінки у реальних і потенційних аддиктів.

В основі формування всіх видів залежностей лежать єдині фізіологічні механізми. Психологія мотивів залежності зводиться до 3 основних спонукань: отримання задоволення; подолання психо-емоційного стресу; збереження приналежності до певного індивіду і / або референтної групи.

Залежність, будучи досить дослідженою науковою категорією, залишається малодослідженою як соціальний і, особливо, духовний феномен. У визначенні сутності залежності досі переважає вузькомедична парадигма мислення - біомедичний детермінізм. Перехід до більш широкого погляду на залежність визначить зміну пріоритетів в підході до аналізу соціокультурних та морально-етичних умов і факторів її формування та подолання.

Традиційно співзалежність в сім'ї розуміється як залежність її членів від того члена сім'ї, який має потяг до наркотиків або алкоголю, і якого називають залежним. Однак це лише окремий випадок співзалежних відносин. У широкому сенсі слова, співзалежність - це емоційна залежність однієї людини від значимої для неї іншої людини. Співзалежність - одна з найпоширеніших проблем, що заважають повноцінному життю людей. Вона стосується не лише окремих особистостей, а й суспільства в цілому, яке створює умови, що сприяють співзалежним відносинам і їх передачі з покоління в покоління [13, с. 206]. Співзалежні люди відчують постійну потребу в схваленні оточуючих, підтримують принижуючі гідність відносини і відчують себе безсилами що-небудь змінити, не усвідомлюють своїх істинних бажань і потреб і не здатні пережити почуття справжньої близькості і любові [1]. «Співзалежність - це набутий розлад, що є результатом зупинки (затримки) розвитку або пов'язаний з розвитком «прилипання», з якого можна згодом психологічно вирости» [12, с. 43]. «Співзалежність - патологічний стан, що характеризується глибоким поглинанням і сильною емоційною, соціальною або навіть фізичною залежністю від іншої людини. Найчастіше термін вживається по відношенню

до родичів і близьких алкоголіків, наркоманів та інших людей з будь-якими залежностями, але далеко не обмежується ними» [2, с. 152]. Співзалежна людина, дозволивши поведінці іншої людини впливати на неї, стає повністю поглиненою тим, щоб контролювати дії цієї іншої людини, і таким чином регулювати власний стан.

Співзалежна людина перестає відрізняти власні потреби і цілі від цілей і потреб іншої. У неї немає власного розвитку: її думки, почуття, вчинки, способи взаємодії і вирішення рухаються по замкнутому колу, циклічно і невідворотно повертаючи людину до повторення одних і тих же помилок, проблем і невдач.

Взаємовідносини, в яких один учасник співзалежний, а інший - протизалежний, на жаль, не рідкісне явище [1]. Якщо людину виховували емоційно холодні батьки, то вона часто знаходить собі партнера, який буде більш залежний і прив'язаний. Людина, вихована залежними і прив'язаними батьками, буде шукати чоловіка більш незалежного. Подібна тяга до протилежностей є спробою вирішити не вирішені в ранньому дитинстві проблеми зв'язку та відділення. Але відносини «протилежностей» часто є більш конфліктними. Це конфлікт, як правило, є повторенням-прогриванням того конфлікту, який відбувався у подружжя в дитинстві з їх батьками або одним з них. Необхідно перетворювати його в можливість для зростання, а не розвивати як дисфункціональну поведінку.

Таким чином, залежна особистість не може побудувати здорові партнерські стосунки, що унеможлиблює створення нею щасливої родини.

Патогенетичною основою співзалежності є непродуктивні способи адаптації до відносин з патологічно зміненою особистістю. Соціальним механізмом, що підтримує співзалежність, є культивування жертвовності, самовіддачі, безкорисливої допомоги ближньому. Елементи такої поведінки впроваджуються в школі, релігійній організації, а також засобами масової інформації.

Роль жінки часто інтерпретується через служіння чоловіку і сім'ї, безмежну відданість і прихильність. При цьому продуктивні способи поведінки, засновані на силі особистості, ігноруються. Чим більше співзалежна людина втягується в роль рятівника, тим глибше стають її емоційні, поведінкові та особистісні деформації. Поступово вони об'єктивізуються - втрачають зв'язок із конкретною людиною, реалізуються у всіх сферах життя [1]. З іншого боку, чим значнішою стає вираженість співзалежності «рятівника», тим більше прогресує безініціативність «жертви» - втрачається необхідність проявляти самостійність і силу волі, боротися зі згубною звичкою. У співзалежних людей виявляються деструктивні уявлення про взаємини, емоційні та поведінкові розлади. На ментальному рівні домінують шаблонні переконання і установки: близьким потрібно допомагати, не можна кидати іншого в біді, слово може вилікувати, справжня любов все стерпить. Вони не відповідають реальності - не враховують патологічні механізми, які є основою алкогольної, наркотичної та інших залежностей. Відбувається підміна ефективної допомоги надмірним співчуттям, жалем, турботою, повсякденним відходом - ставленням, яке зручне хворому (залежному) і перешкоджає його одужанню [6, с. 119].

Співзалежним властиве заперечення патологічної прив'язаності, применшення проблем. Поведінкою часто рухає страх самотності, осуду оточуючих, страх за життя хворого, відсутність власних орієнтирів у житті. Тому такі люди весь час знаходяться поруч, супроводжують на прогулянках, походах до лікаря, вибирають одяг, готують їжу - організують побут згідно з потребами партнера, нехтуючи власним комфортом і бажаннями. У співзалежної людини знижена соціальна відповідальність, всі проблеми пояснюються захворюванням аддикта. Відносини реалізуються з позицій «батько» і «дитина»: один проявляє любов, турботу, прощення, інший дозволяє собі «капризи» - алкоголь, наркотики, неробство, насильство, образи. Співзалежні інтерпретують свою поведінку позитивно, як здатність любити людину з усіма її недоліками і слабкостями. Такі відносини можуть

тривати роками, не роблячи учасників щасливими. Тривала співзалежність супроводжується накопиченням негативних емоцій, які відкидаються як неприйнятні. Роздратування, гнів, розчарування, пригніченість і страх придушуються. Зростаюча напруга в результаті проявляється неконтрольованими спалахами ауто- і гетероагресії, маскованих депресією [13, с. 301]. Співзалежні знаходяться в групі високого ризику суїцидальної поведінки, часто виявляються соціально дезадаптованими, так як весь свій час і сили витрачають на догляд за хворим. Для залежного ускладнення є посилення патологічної звички, висока ймовірність рецидиву після курсу лікування.

Таким чином, незважаючи на досягнуті результати в науковому дослідженні феномена залежності, найбільшу актуальність зберігає проблема його вивчення як негативного біопсіхосоціодуховного явища і розробки способів його попередження, здатних не тільки стримати зростання, але і надати ефективну протидію виникненню і подальшому поширенню.

Формулювання мети статті. Мета полягає у вивченні психологічних особливостей особистості в співзалежних стосунках у парі.

Виклад основного матеріалу. Психологічна база досліджування склала 82 осіб (41 пара). Виходячи зі специфіки дослідження, були відібрані обстежувані з урахуванням особливостей взаємин у їхніх сім'ях. Відповідно до цього, досліджувані склали дві групи вибіркової сукупності: контрольна досліджувана група - 40 осіб (20 подружніх пар) – які характеризувалися стабільними, сприятливими взаєминами адаптовані пари, що не мають подружніх утруднень і задоволені шлюбом; основна досліджувана група – 42 осіб (21 подружні пари) – які зверталися до психологічної консультації у зв'язку з проблемами співзалежності, незадоволення шлюбом,- це ті пари, які можуть бути віднесені до пізніх, або фінальних, етапів залежності. Досліджувані групи були співставні за рівнем освіти, віком та соціальним походженням. Вік обстежуваних – від 25 до 45 років, 75% – люди від 30 до 45 років, 25 % досліджуваних - від 25-30 років. Сімейний стаж подружжя

становив 5 і більше років і всі вони перебували в першому шлюбі. Всі вони мешкають у Києві.

Для дослідження психоемоційних станів досліджуваних основної та контрольної груп були обрані валідні психодіагностичні методики: Тест-опитувальник Спілбергера-Ханіна (діагностика тривожності); Опитувальник тріади любові по Стернбергу; Тест на співзалежність Фішера; Тест «впевненість у собі» Райдаса ; Виявлення любовної залежності (по Єгорову).

Любовна залежність є одним із видів співзалежності, таким же, як залежність від наркотиків, алкоголю, віртуальних ворожінь або ігрових автоматів. Незважаючи на це, багато людей приймають залежність за любов. І вони щиро вважають, що біль - це властивість любові, хоча насправді це властивість залежності. Власне, це одна із головних труднощів у лікуванні любовної залежності: поки свою душевну біль людина сприймає як вияв своєї любові, він позбавляється від неї не хоче.

Для вивчення наявності виявлення любовної співзалежності у подружніх парах провели дослідження цих пар, у порівнянні з не співзалежними парами (таб. 1., рис. 1.).

У співзалежних особистостей, які перебувають у стосунках залежної любові, більш виражені схильність до підкорення й до уникнення почуття провини, у них також більш високий рівень тривожності й напруженості, більш високий рівень самокритики й більш низький рівень артистичності.

Висока тривожність, напруженість і схильність до самокритики пов'язані зі схильністю особистостей, які перебувають у стосунках залежної любові, контролювати свої гедоністичні імпульси, стримувати їхній прояв.

Таким чином, особистості, які вступають у стосунки залежної любові, прагнуть перекладати відповідальність на інших; у них зовнішній локус контролю й регуляція власної поведінки здійснюється не за рахунок зрілих механізмів Его, а за рахунок інфантильних механізмів придушення гедоністичних проявів (очевидно, пов'язаних із структурою Супер-Его).

Низький рівень особистісної тривожності: основна група 2 особи (4,8%); контрольна група 9 осіб (22,5%). Помірний рівень особистісної тривожності: основна група 3 особи (7,2%); контрольна група 26 осіб (65,0%).

Таблиця 1.

Результати дослідження основної та контрольної груп за тестом на тривожність Спілбергера-Ханіна

Показник особистісної тривожності	Досліджувана група				t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей (f=80, t _{крит} =1,99 при α=0,05)
	Основна		Контрольна		
	абс. число	%	абс. число	%	
Низький рівень особистісної тривожності	2	4,8	9	22,5	49,50
Помірний рівень особистісної тривожності	3	7,2	26	65,0	162,63
Високий рівень особистісної тривожності	15	35,6	4	10,0	77,78
Занадто високий рівень тривожності (межовий стан)	22	52,4	1	2,5	148,49
Всього	42	100	40	100	

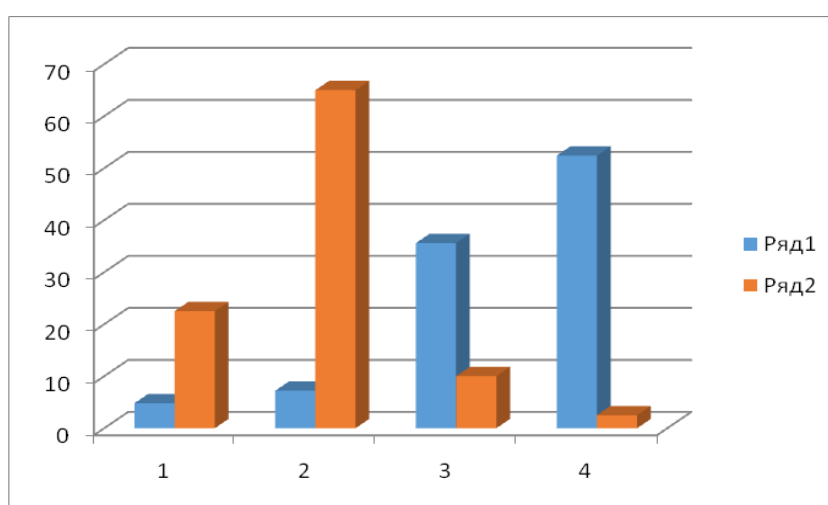


Рис. 1. Порівняння показників тривожності основної (ряд 1) та контрольної (ряд 2) досліджуваних груп за тестом Спілбергера-Ханіна (1- низький, 2- помірний, 3 – високий, 3 – занадто високий рівень тривожності)

Високий рівень особистісної тривожності: основна група 15 осіб (35,6%); контрольна група 4 особи (10,0 %). Занадто високий рівень тривожності (межовий стан): основна група 22 особи (52,4%); контрольна група 1 особа (2,5%).

Значні відхилення від рівня помірної тривожності вимагають особливої уваги, висока тривожність передбачає схильність до появи стану тривоги у людини в ситуаціях оцінки його компетентності. В цьому випадку слід знизити суб'єктивну значимість ситуації і завдань і перенести акцент на осмислення діяльності та формування почуття впевненості в успіху. Низька тривожність, навпаки, вимагає підвищення почуття відповідальності і уваги до мотивів діяльності. Але іноді дуже низька тривожність активного витіснення особистістю високої тривоги ставить за мету показати себе в «кращому світлі». Співзалежні люди мають труднощі з тим, щоб визнати наявність залежності і часто воліють утримувати свої уявлення про те, що таке любов, яка в них дорівнює стражданню.

Нами досліджувалися розходження в структурі любові між особистостями, схильними до стосунків залежної любові, й не схильними до таких стосунків. Використовувався опитувальник тріади любові Стернберга (таб. 2., рис. 2.).

Опитувальник Стернберга показав, що основним компонентом у структурі любові співзалежних особистостей, які перебувають у стосунках залежної любові, є пристрасть і віданність, потім близькість, у порівнянні із групою незалежних особистостей, розмір показників нижчий. По показнику страсті значущих розходжень між групами виявлено не було. Дефіцит близькості в групі жінок, які перебувають у стосунках залежної любові, можна пояснити схильністю таких жінок не бути у зоні реального контакту, заміщаючи його фантазіями та не наповнюючи спілкування емоційністю. Відбувається це через страх перед емоціями, страху покарання за власну емоційність. Оскільки пристрасть сама по собі, будучи більш фізіологічною за своєю природою, не вимагає обов'язкового підключення її до емоційної

сфери, можливий такий сценарій розвитку стосунків, за якого при страху партнерів перед емоційним спілкуванням і інтимною близькістю.

Близкість: основна група 9 осіб (21,4%); контрольна група 13 осіб (32,5%). Пристрять: основна група 21 осіб (50,0%); контрольна група 19 осіб (47,5%). Віданність: основна група 12 осіб (28,6%); контрольна група 8 осіб (20,0%).

Таблиця 2.

**Результати дослідження основної та контрольної груп за тестом
« Опитувальник тріади любові за Стернбергом»**

Показники одного з компонентів любові	Досліджувана група				t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей (f=80, t _{крит} =1,99 при α=0,05)
	Основна		Контрольна		
	абс. число	%	абс. число	%	
Близкість	9	21,4	13	32,5	28,28
Пристрять	21	50,0	19	47,5	14,14
Віданність	12	28,6	8	20,0	28,28
Всього	42	100	40	100	

Опитувальник Стернберга показав, що основним компонентом у структурі любові жінок, які перебувають у стосунках залежної любові, є близькість, однак у порівнянні із групою незалежних жінок, розмір цього показника, а також показника відданості, значущо нижче. По показнику пристрасті, значущих розходжень між групами виявлено не було. Дефіцит близькості в групі жінок, які перебувають у стосунках залежної любові, можна пояснити схильністю таких жінок не бути у зоні реального контакту, заміщаючи його фантазіями та не наповнюючи спілкування емоційністю. Відбувається це через страх перед емоціями, інтроецированістю страху покарання за власну емоційність.

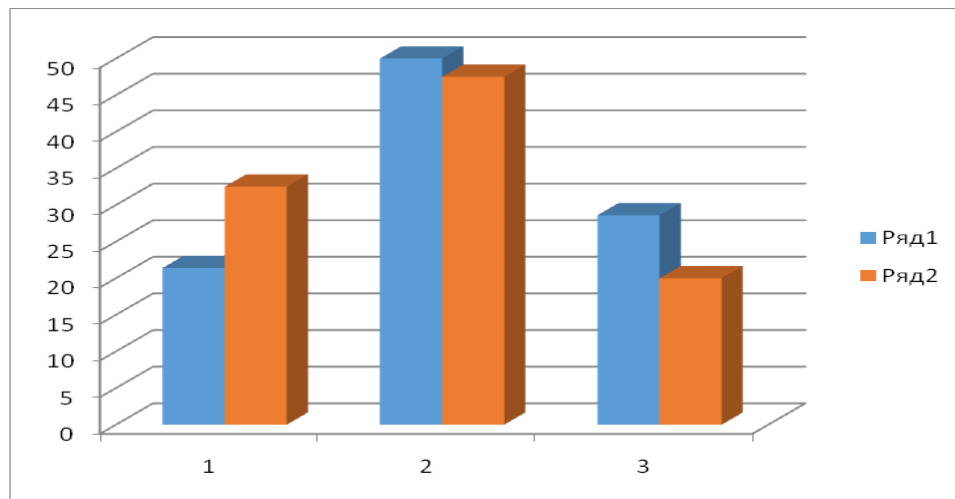


Рис. 2. Порівняння результатів дослідження основної (ряд 1) та контрольної (ряд 2) досліджуваних груп за тестом «Опитувальник тріади любові» за Стернбергом (1-близькість, 2-пристрасть, 3 –відданість)

Оскільки пристрасть сама по собі, будучи більш фізіологічною за своєю природою, не вимагає обов'язкового підключення її до емоційної сфери, можливий такий сценарій розвитку стосунків, за якого при страху партнерів перед емоційним спілкуванням і інтимною близькістю, коли б пристрасть супроводжувалася близькістю, виникає підкріплена обома партнерами механічна тенденція задовольняти фізіологічні потреби організму, пов'язані зі статевою сферою. Оскільки інстинкт за своєю природою компульсивен, такі стосунки схильні до нав'язливості. Однак, з огляду на той факт, що компонент страсті не є домінуючим, можливий і сценарій, за якого стосунки, не підкріплювані навіть силою інстинкту, силою фізіології, стають порожніми, мало чим наповненими. У цьому випадку перед кожним з партнерів буде поставати питання, що зробити, щоб стосунки тривали, наповнювалися яким-небудь змістом. Найімовірнішим, для жінок, які перебувають у стосунках залежної любові, буде перекладати всю відповідальність за встановлення наповнених близькістю стосунків на партнера. У цьому випадку, можливий відхід партнера із цих стосунків, і постане проблема самотності й непотрібності жінки.

Щоб визначити особливості формування особистості жінок насамперед, у групі жінок, які перебувають у стосунках залежної любові, значущо переважають наступні негативні фабули:

- Я покинута й нікому не потрібна;
- Я не кохана;
- Я із себе нічого не виявляю;
- Я невродлива;
- Зі мною ніхто не вважається;
- Я зневажувана;
- Я не являю цінність для інших;
- Я не варта любові.

З тесту Фішера, ми бачимо явну співзалежність до фази Виснаження у основній групі, при тому, що у контрольній групі 72,0% осіб не залежні (таб. 3., рис. 3.).

Таблиця 3.

Результати дослідження основної та контрольної груп за тестом на співзалежність Фішера

Показник співзалежності	Досліджувана група				t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей (f=80, tкрит=1,99 при $\alpha=0,05$)
	Основна		Контрольна		
	абс. число	%	абс. число	%	
Помірно виражена співзалежність (можливо стадія адаптації)	2	4,7	29	72,5	190,92
Явно виражена співзалежність	12	28,6	10	25,0	14,14
Небезпечна співзалежність (фаза виснаження)	28	66,7	1	2,5	190,92
Всього	42	100	40	100	

Помірно виражена співзалежність,- Можливо, ви в стадії Адаптації: основна група 2 особи (4,7%); контрольна група 29 осіб (72,5%). Явно виражена співзалежність: основна група 12 осіб (28,6%); контрольна група 10 осіб (25,0%). Небезпечна співзалежність,- Фаза Виснаження: основна група 28 осіб (66,7%); контрольна група 1 особа (2,5%).

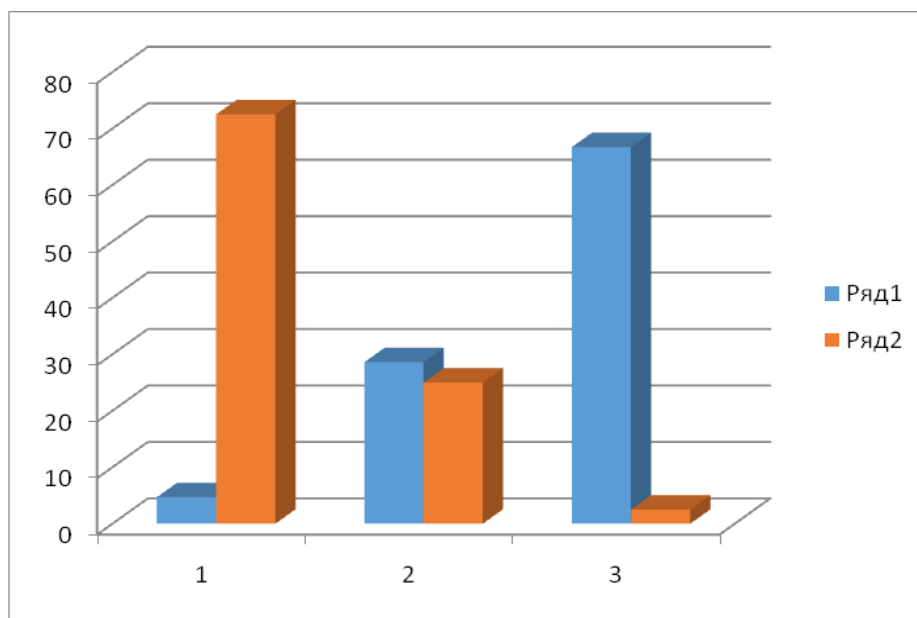


Рис. 3. Порівняння результатів дослідження основної (ряд 1) та контрольної (ряд 2) досліджуваних груп за тестом на співзалежність (1- помірна, 2-явно виражена, 3 – небезпечна співзалежність)

Впевнена в собі людина володіє такими якостями, що проявляються в діяльності, в манері поведінки і мови: цілеспрямованість, наполегливість, готовність ризикувати; усвідомлення себе господарем власної долі, відповідальність за все, що відбувається з ним, самостійність у прийнятті рішень; активне і неупереджене сприйняття дійсності, хороша орієнтація в ній; прийняття себе та інших такими, якими вони є; відкритість і доброзичливість у вираженні своїх почуттів і думок; емоційна рівноваженість, делікатність у стосунках з людьми в поєднанні з твердістю по справі; гнучкість поведінки з урахуванням обставин, що змінилися, індивідуальний підхід до людей; стимулювання інших людей шляхом

підбадьорювання, підтримування, широкого захоплення їхніми успіхами (не дратує, що не принижує інших людей); оперативна і результативна організація колективних обговорень проблем; стимулювання і підтримання сприятливого психологічного клімату в колективі. Та, в свою чергу, це дуже важливо і залишає свій відбиток у співзалежних особистостей.

Для вивчення наявності рівня впевненості у собі у співзалежних особистостей, в порівнянні з не співзалежними особистостями у парах, нами було використано Тест Райдаса (таб. 4., рис. 4.).

Таблиця 4.

Результати дослідження основної та контрольної груп за тестом Райдаса «Впевненість у собі»

Показник впевненості в собі	Досліджувана група				t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей ($f=80$, $t_{крит}=1,99$ при $\alpha=0,05$)
	Основна		Контрольна		
	абс. число	%	абс. число	%	
Дуже невпевнений у собі	33	78,6	3	7,5	212,13
Скоріше не впевнений, ніж впевнений	7	16,7	1	2,5	42,43
Середнє значення впевненості	2	4,2	15	37,5	91,92
Впевнений в собі	0	0	18	45,0	127,28
Занадто самовпевнений	0	0	3	7,5	21,21
Всього	42	100	40	100	

В даному тесті ми бачимо, що більшість із співзалежних осіб є дуже невпевненими в собі, тобто, невпевненість у собі, в своїх діях, в успішному завершенні будь якої справи тощо, дуже пов'язані зі співзалежною поведінкою.

Дуже невпевнений у собі: основна група 33 особи (78,6%); контрольна група 3 особи (7,5%). Скоріше не впевнений, ніж впевнений: основна група 7 осіб (16,7%); контрольна група 1 особа (2,5%). Середнє

значення впевненості: основна група 2 особи (4,2%); контрольна група 15 осіб (37,5%). Впевнений у собі: основна група 0 осіб; контрольна група 18 осіб (45,0%). Занадто самовпевнений: основна група 0 осіб; контрольна група 3 особи (7,5%).

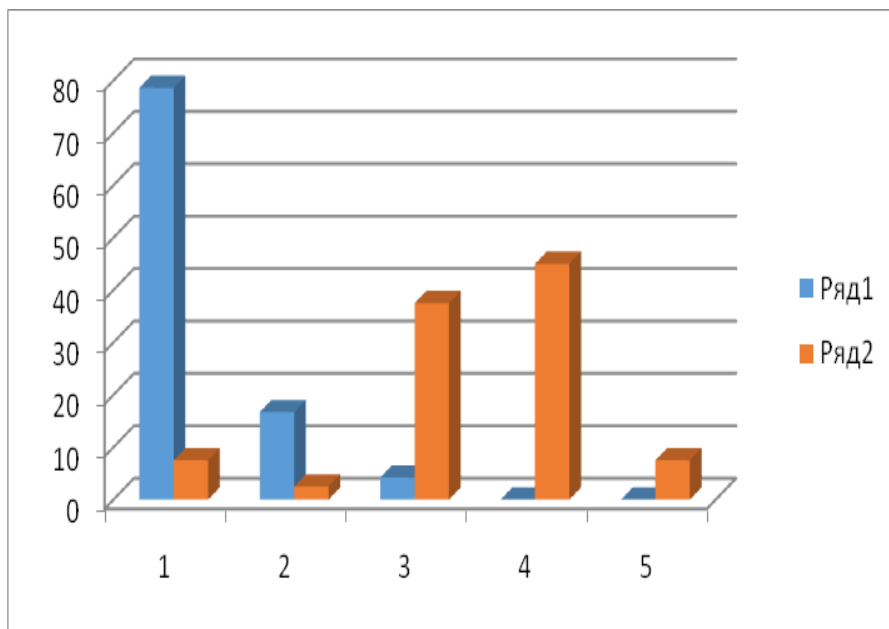


Рис. 4. Порівняння показників упевненості в собі за тестом Райдаса основної (ряд 1) та контрольної (ряд 2) досліджуваних груп (1-дуже невпевнений, 2-скоріше впевнений, 3- середнє значення впевненості, 4- впевнений, 5 – занадто самовпевнений)

Результати дослідження любовної аддикції за тестом Єгорова представлені в таб. 5. і графічно зображені на рис. 5.

Як видно з данної таблиці, у співзалежних пар дуже високий рівень любовної аддикції, тоді як у не співзалежних пар вона дуже знижена. Висока вірогідність любовної аддикції (згода з 11 та більше) основна група 39 осіб (92,9%); контрольна група 7 осіб (17,5%).

Можлива любовна аддикція (згода з 5-10 твердженнями) основна група 1 особа (2,4%); контрольна група 13 осіб (32,5%).

Любовна аддикція не виявлена (згода менше ніж із 5 твердженнями) основна група 2 особи (4,7%); контрольна група 20 осіб (50,0%).

**Результати дослідження основної та контрольної груп за тестом
виявлення любовної аддикції (за Єгоровим).**

Показник любовної аддикції (залежності)	Досліджувана група				t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей (f=80, tкрит=1,99 при $\alpha=0,05$)
	Основна		Контрольна		
	абс. Число	%	абс. число	%	
Висока вірогідність любовної аддикції (згода з 11 та більше твердженнями)	39	92,9	7	17,5	226,27
Можлива любовна аддикція (згода з 5-10 твердженнями)	1	2,4	13	32,5	84,85
Любовна аддикція не виявлена (згода менше ніж із 5 твердженнями)	2	4,7	20	50,0	127,28
Всього	42	100	40	100	

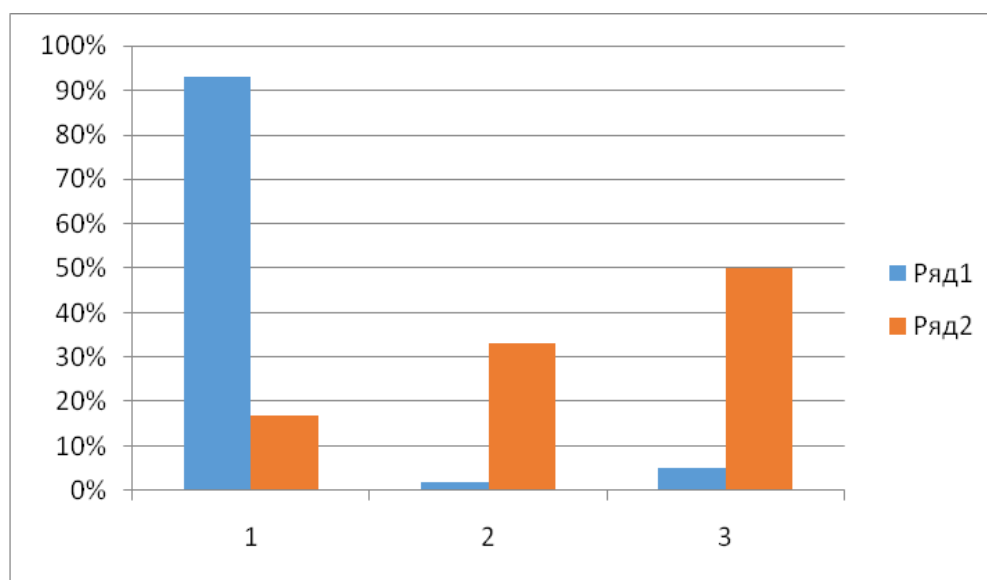


Рис. 5. Співвідношення показників любовної аддикції (за Єгоровим) в основній (ряд 1) і контрольній (ряд 2) досліджуваних групах (1- високий показник аддикції, 2 – аддикція можлива, 3 – аддикція не виявлена)

Висновки та перспективи подальших досліджень. В проведеному дослідженні були виявлені стратегії міжособистісної взаємодії жінок і чоловіків з співзалежною поведінкою. Особи з високим рівнем співзалежної моделі поведінки відчують психічну напругу від невпевненості в собі, зневіри у власні сили, залежність від людей, відчуття перебування в пастці пригнічуючих, контролюючих взаємин. Для того, щоб відчуття, що в них все добре, їм необхідно постійно задовольняти потребу в схваленні, реалізувати очікування підтримки. Вони переживають безсилля щодо змін тих особливостей спілкування з партнером, які їм не подобаються. Для зняття або послаблення психічної напруги, відволікання від переживань, що пригнічують вони схильні звертатися до зовнішніх стимуляторів, зазнають труднощів вибудовування власного психологічного простору, його меж.

Більшість жінок та чоловіків, які взяли участь у нашому дослідженні, не намагаються приховувати звичайні страхи, занепокоєння або свою невпевненість. Вони намагаються добре виглядати в своїх очах та в очах партнерів, не завжди потребують бути «правими», відчують нестачу довіри з боку близької людини і занепокоєння при встановленні близьких, довірливих відносин.

Результати наших досліджень підтверджують дані джерел наукової літератури, що співзалежним людям властиво: заперечення, страх, тривога, сором, вина, перфекціонізм, нав'язливі думки, невміння дотримуватися кордону особистості, схильність до маніпулювання, ригідність.

Дослідження проблеми співзалежності є значущими для психологів, тому що дане питання потребує більш ґрунтовного теоретичного вивчення.

Список використаних джерел

1. Бейдер Е.: В пошуках міфічної пари: навч. посібник / Бейдер Е., Пірсон П. [пер. з англ. і ред. Н. А. Цветкова]: Вид. 2-ге стереотипне. – М.: НОУ ВПО Вид-во Московського психолого-соціального ін-ту, 2008. – 302 с.

2. Коцар А. В. Особливості психосексуального розвитку хворих на невроз жінок, що знаходяться у відносинах подружньої залежності: Автореф. канд. психол. наук / А. В. Коцар. – К., 2002.– 19 с.

3. Кочарян А. С. Емоційна структура синдрому «емоційного холоду» / Кочарян А. С. Терещенко Н. Н. Аслаян Т. С. - Матеріали науково-практичної конференції «Психотерапія, медична психологія і гранична психіатрія в системі надання медичної допомоги» (ХІ Платонівські читання) Харків, 17-18 квітня, 2008. – Харків, 2008.- С.73-74.

4. Кочарян А. С. Синдроми невротичної любові / Кочарян А.С., Коцарь А. В. // Вісник Харківського університету. Серія психологія. – 2000. - № 498. – С. 68 – 72.

5. Мак-Вільямс Н. Психоаналітична діагностика: Розуміння структури особистості в клінічному процесі / Мак-Вільямс Н. [пер. з англ]. – М.: Незалежна фірма «Клас», 1998. – 480 с.

6. Медична психологія: навч. посіб. / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стукан. – Вінниця, 2010. – 135 с.

7. Менделевич В. Д. Розлади залежної поведінки (до постановки проблеми) / В. Д. Менделевич // Рос. психіатричний журнал. - 2003. - №1. - С.5-9.

8. Москаленко В. Д. Созалежність: характеристики та практика подолання / В. Д. Москаленко // Лекції з наркології; під ред. М. М. Іванця. – М.: Нолідж, 2000. – С. 365–405.

9. Мусієнко Г. О. Вивчення механізмів успадкування схильності до залежних станів від тютюну та алкоголю і механізмів її реалізації під впливом зовнішнього середовища / Г. О. Мусієнко, В. В. Шалашев // Український вісник психоневрології.– 2012. – Т. 20, № 3 (72). – С. 252.

10. Поттер-Ефран Р. Сором, провина та алкоголізм: клінічна практика / Поттер-Ефран Р.- М.: Ін-т загальногуманітарних досл., 2002.- 416 с.

11. Психологічний словник [ред. В. П. Зінченко, Б. Г. Мещеряков]. – М. : АСТ, 2007 – 480 с.

12. Циганков Б. Д. Протікання хронічного алкоголізму в поєднанні з посттравматичним стресовим розладом в залежності від характеру психогенії / Б. Д. Циганков, П. А. Яковлєва, А. С. Коніщев, Т. А. Волгіна // Наркологія.- 2011.-Т.10.- С. 56-59.

13. Шапіро Д. Невротичні стилі / Д. Шапіро.- М.: Ін-т загальногуманітарних досл., 1998. - 197 с.

14. Шутценбергер А. А. Синдром предків / Шутценбергер А. А.- М.: Вид-во Ін-ту психотерапії, 2005.– 243 с.

References

1. Beider, E. Pirson, P. (2008), *V poshukakh mifichnoi pary: navch. posibnyk* [In search of a mythical pair: teach. Manual] [trans. from english and ed. N. A. Tsvetkova], 2nd edl. , LEU HPE Kind of Moscow Psycho-socialIn-th, Moscow, Ru.

2. Kotsar , A. V. (2002), *Osoblyvosti psykhooseksual'noho rozvytku khvorykh na nevroz zhinok, scho znakhodiat'sia u vidnosynakh podruzhn'oi zalezhnosti: Avtoref. kand. psykhol. nauk* [Features of psychosexual development of patients with neurosis of women who are in the relationship of marital dependence: Author's abstract. Candidate of Psychology. Sciences], Kyiv. Ua.

3. Kocharyan, A. S. Tereshchenko, N. N. and Aslanyan, T. S. (2008), “Emotional Structure of the “Emotional Cold” Syndrome”, *Materialy naukovopraktychnoi konferentsii «Psykhoterapiia, medychna psykholohiia i hranychna psykhiaatriia v systemi nadannia medychnoi dopomohy» (KhI Platonivs'ki chytannia) Kharkiv, 17-18 kvitnia, 2008, Kharkiv, Ua.*

4. Kocharyan, A. S. Kotsar, A. V. (2000), Syndromes of Neurotic Love, *Visnyk Kharkivs'koho universytetu. Serii psykholohiia*, vol. 498, pp. 68 - 72.

5. McVilliams, N. (1998), *Psykhoanalitichna diahnostyka: Rozuminnia struktury osobystosti v klinichnomu protsesi*, [Psychoanalytic Diagnosis: Understanding the Personality Structure in the Clinical Process], [trans. from Eng.], Independent firm “Klass”, Moscow, Ru.

6. *Medychna psykholohiia: navch. posib.* [Medical Psychology: Teach. manual], Pshuk, N. G. Markov, M. V. Kondratyuk, A. I. And Stucan, L. V. (2010), Vinnitsa, Ua.
7. Mendelevich, V. D. (2000), “Disorders of Dependent Behavior (to the Problem Statement)”, *Ros. psykhiatrychnyj zhurnal*, vol. 1, pp. 5-9.
8. Moskalenko, V. D. (2000), “Co-dependence: characteristics and practice of overcoming”, *Lektsii z narkolohii; pid red. M. M. Ivantsi* [ed. M. M. Ivan’ets], Noelig, Moscow, Ua, pp. 365-405.
9. Musienko, G. O. Shalashchev, V. V. (2012), “Study of mechanisms of inheritance of predisposition to dependent states from tobacco and alcohol and mechanisms for its implementation under the influence of the external environment”, *Ukrains'kyj visnyk psykhonevrolohi*, vol. 20, No. 3 (72), pp. 252.
10. Potter-Efron, R. (2002), *Sorom, provyna ta alkoholizm: klinichna praktyka*, [Shame, Guilt and Alcoholism: Clinical Practice], In-Humanitarian Literature, Moscow, Ru.
11. *Psykholohichnyj slovnyk*, Psychological Dictionary [ed. V.P. Zinchenko, B.G. Meshcheryakov] (2007), AST, Moscow, Ru.
12. Tsigankov, B. D. Yakovlev, P. A. Konishchev, A. S. and Volgin T. A. (2011), “The occurrence of chronic alcoholism in combination with post-traumatic stress disorder, depending on the nature of psychogeny”, / B. D. Tsigankov, // *Narkolohiia*, vol. 10, pp. 56-59.
13. Shapiro, D. (1998), *Nevrotychni styli*, [Neurotic styles], Institute of Humanities, Moscow, Ru.
14. Schutzenberger, A. A. (2005), *Syndrom predkiv*, [Syndrome of ancestors], Vyd-vo In-tu psykhoterapii, Voscov, Ru.

УДК 159.9.072.42 : 159.97

Кокун Олег Матвійович, член-кореспондент НАПН України, доктор психологічних наук, професор, заступник директора з науково-інноваційної роботи Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, головний науковий співробітник Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України; м. Київ, Україна; kokun@ukr.net

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1793-8540>

Пішко Ірина Олександрівна, старший науковий співробітник Науково-дослідного центру гуманітарних проблем збройних сил України; м. Київ, Україна

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9246-2277>

ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ВПРОДОВЖ ШЕСТИ МІСЯЦІВ ВИКОНАННЯ ЗАВДАНЬ У РАЙОНІ АТО

Анотація

Ключові слова: військовослужбовці, військово-професійна діяльність, психофізіологічний стан, антитерористична операція.

Постановка проблеми. Важливою складовою забезпечення належного виконання військовослужбовцями завдань в районі АТО, а також збереження в них психічного і фізичного здоров'я, можна розглядати підвищення ефективності науково-психологічного забезпечення їх військово-професійної діяльності.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Участь у бойових діях для військовослужбовця супроводжується виникненням чисельних травматичних ситуацій. Це закономірно призводить до виникнення в них чисельних негативних станів (Н.А.Агаєв, О.М. Кокун, Н.С. Лозінська, М.І. Мушкевич,

І.О. Пішко, О. В. Шелестова та ін.). Відповідно, виникає потреба визначення особливостей та чинників динаміки психофізіологічного стану військовослужбовців в різні часові періоди виконання ними службових завдань в районі АТО .

Мета статті. Викладено результати досліджень, що характеризують особливості динаміки психофізіологічного стану військовослужбовців впродовж шести місяців виконання завдань в районі АТО.

Виклад основного матеріалу. Проведення чотирьох серій досліджень надало можливість виявити особливості динаміки показників психофізіологічного стану військовослужбовців, що відбуваються внаслідок виконання бойових завдань в районі проведення АТО. Виявлено закономірності зміни стану військовослужбовців у залежності від попереднього досвіду виконання завдань в районі АТО.

Висновки та перспективи подальших досліджень. В цілому, зафіксовано стабільну або позитивну динаміку психофізіологічного стану досліджуваних військовослужбовців впродовж шести місяців перебування в районі проведення АТО за переважною більшістю показників використаних психодіагностичних методик. Разом з тим, наявна принципова відмінність динаміки отриманих результатів за методикою шкалової самооцінки психофізіологічного стану. Надалі необхідною є розробка практичних засад психологічної підготовки військовослужбовців, яких планується залучати до участі в АТО.

Аннотация

Кокун О. М., член-корреспондент НАПН України, доктор психологических наук, заместитель директора по научно-инновационной работе Института психологии имени Г.С. Костюка НАПН Украины, главный научный сотрудник Научно-исследовательского центра гуманитарных проблем Вооруженных сил Украины; г. Киев, Украина. **Пішко Ирина Александровна**, старший научный сотрудник Научно-исследовательского

центра гуманитарных проблем вооруженных сил Украины; г. Киев, Украина.

Особенности динамики психофизиологического состояния военнослужащих в течение шести месяцев выполнения заданий в районе АТО.

Ключевые слова: военнослужащие, военно-профессиональная деятельность, психофизиологическое состояние, антитеррористическая операция.

Постановка проблемы. Важной составляющей обеспечения надлежащего выполнения военнослужащими задач в районе АТО, а также сохранения у них психического и физического здоровья, можно считать повышение эффективности научно-психологического обеспечения их военно-профессиональной деятельности.

Анализ последних исследований и публикаций. Участие в боевых действиях для военнослужащего сопровождается возникновением многочисленных травматических ситуаций. Это закономерно приводит к возникновению у них многочисленных негативных состояний (Н.А. Агаев, О.М. Кокун, Н.С. Лозинская, М.И. Мушкевич, И.А. Пешко, А. В. Шелестова и др.). Соответственно, возникает необходимость определения особенностей и факторов динамики психофизиологического состояния военнослужащих в разные временные периоды выполнения ими служебных задач в районе АТО.

Формулирование цели статьи. Цель - изложить результаты исследований, характеризующие особенности динамики психофизиологического состояния военнослужащих на протяжении шести месяцев выполнения задач в районе АТО.

Изложение основного материала. Проведение четырех серий исследований позволило выявить особенности динамики показателей психофизиологического состояния военнослужащих в результате выполнения боевых задач в районе проведения АТО. Выявлены закономерности изменения состояния военнослужащих в зависимости от предыдущего опыта выполнения задач в районе АТО.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. В целом, зафиксирована стабильная или позитивная динамика психофизиологического состояния исследуемых военнослужащих в течение шести месяцев пребывания в районе проведения АТО по подавляющему большинству показателей использованных психодиагностических методик. Вместе с тем, имеется принципиальное отличие динамики полученных результатов по методике шкалированной самооценки психофизиологического состояния. В дальнейшем необходима разработка практических основ психологической подготовки военнослужащих, которых планируется привлекать к участию в АТО.

Annotation

Kokun OM, Corresponding Member of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Doctor of Psychology, Deputy Director for Scientific and Innovative Work Kostyuk, NAPS of Ukraine, Chief Researcher of the Research Center for Humanitarian Problems of the Ukrainian Armed Forces; Kiev, Ukraine.

Pishko IA, Senior Researcher of the Research Center for Humanitarian Problems of the Armed Forces of Ukraine; Kyiv, Ukraine. **Features of the dynamics of the psycho-physiological state of military personnel during the six months of assignments in the area of ATO.**

Key words: service members, military-professional activities, psychophysiological state, antiterrorist operation

Challenge problem. More efficient scientific and psychological support for military-professional work of service members can become an important component ensuring proper job execution by the service members at the anti-terrorism operation (ATO) area, as well as their mental and physical health preservation.

Analysis of recent researches and publications. Service members' participation in military operations is accompanied by numerous traumatic situations. This naturally leads to a number of negative states (N.A. Agaev, O.M.

Kokun, N.S. Lozinska, M.I. Mushkevich, I.O.Pishlo, O.V. Shelestova). Accordingly, there is a need to determine peculiarities and factors of service members' psychophysiological state dynamics at different time periods of their official job execution at the ATO area. .

The article purpose is to present the research results describing the peculiarities of service members' psychophysiological state dynamics during the six months of their job execution at the ATO area.

Presentation of the main material. The four series of studies have allowed us to reveal the peculiarities of the dynamics of psychophysiological state indicators for service members; the psychophysiological state changes occur as a result of combat task execution at the ATO area. The regularities of service members' state changes depending on their previous experience of task execution at the ATO area have been revealed.

Conclusions and perspectives of further research. In general, there was a stable or positive dynamics of the investigated service members' psychophysiological states during the six months of their stay in the ATO area for the overwhelming majority of the indicators of the used psychological diagnostic techniques. At the same time, there is a fundamental difference between the dynamics obtained by the method of scaled self-assessment of the psychophysiological states. So in this case we cannot avoid the social desirability effect. In the future, it is necessary to develop practical principles of psychological training for service members planning to participate in the ATO.

Ключові слова: військовослужбовці, військово-професійна діяльність, психофізіологічний стан, антитерористична операція.

Постановка проблеми. Важливою складовою забезпечення належного виконання військовослужбовцями завдань в районі АТО, а також збереження в них психічного і фізичного здоров'я, можна розглядати підвищення ефективності науково-психологічного забезпечення їх військово-професійної

діяльності [1; 10]. Однією із необхідних передумов такого забезпечення є вивчення особливостей та чинників динаміки психофізіологічного стану військовослужбовців залежно від терміну виконання завдань в районі АТО.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Як відомо, участь у бойових діях для військовослужбовця супроводжується виникненням чисельних травматичних ситуацій [8]. Ці ситуації являють собою такі екстремальні критичні події, які відрізняються потужним негативним впливом і вимагають від людини величезних зусиль щодо опанування ними. Вони можуть бути або нетривалими, але надзвичайно потужними за силою впливу (тривалість цих подій від декількох хвилин до декількох годин), або тривалими, або регулярно повторюваними [9].

Сучасна екстремальна психологія поділяє чинники, які в процесі військово-професійної діяльності можуть спричиняти виникнення негативних психічних станів, на специфічні і неспецифічні. До першої групи відносять: ситуації, що загрожують життю і фізичній цілісності військовослужбовців; поранення, контузії, травми, каліцтва; загибель близьких людей і товаришів по службі; жахливі картини смерті і людських мук; події, у результаті яких постраждали честь і гідність військовослужбовця. До другої групи відносяться такі стресори: підвищений рівень перманентної потенційної загрози для життя; тривала напружена діяльність; тривала депривація основних біологічних і соціальних потреб; різкі і несподівані зміни умов служби і життєдіяльності; важкі екологічні умови життєдіяльності; відсутність контактів з близькими; неможливість змінити умови свого існування; інтенсивні і тривалі міжособистісні конфлікти; підвищена відповідальність за свої дії; потенційна можливість фізичних і моральних страждань заради досягнення цілей, неясних для військовослужбовця [2]. Як показали наші попередні дослідження, у військовослужбовців, які приймали безпосередню участь у бойових діях, у порівнянні з тими, які участі у бойових діях не брали, виявлено істотно

вищий рівень вияву ПТСР та більший вияв різних ознак порушення психічного стану [5; 7].

Однак, в умовах гібридної війни практика психологічного забезпечення військово-професійної діяльності учасників АТО потребує більш глибоких досліджень, результати яких можна було б покласти в основу науково обґрунтованого визначення термінів ефективного та відносно безпечного для психічного здоров'я військовослужбовців виконання службових завдань в районі АТО [6]. Відповідно, виникає потреба визначення особливостей та чинників динаміки психофізіологічного стану військовослужбовців в різні часові періоди виконання ними службових завдань в районі АТО .

Ми наголошуємо саме на категорії психофізіологічного стану як більш змістовній та відповідній специфіці даної проблеми, у порівнянні з іншими видами станів що виділяються (психічний, психологічний, психоемоційний, моральний тощо) [4]. Так, за А. М. Карпухіною ПФС визначається як “складна ієрархічна система, що саморегулюється і являє собою динамічну (за складом і в часі) єдність внутрішніх компонентів (біоенергетичного, фізіологічного, психічного, поведінкового, особистісного, соціально-психологічного), що організовані за принципом взаємоспівдії для забезпечення досягнення цілей діяльності, які формуються під впливом інтеріоризованих людиною як організмом, індивідом, особистістю, елементом соціуму зовнішніх компонентів – соціальних, фізико-хімічних факторів середовища і діяльності” [3].

Формулювання мети статті. Мета - виклад результатів наших емпіричних досліджень, що характеризують особливості динаміки психофізіологічного стану військовослужбовців впродовж шести місяців виконання завдань в районі АТО.

Виклад основного матеріалу. Дослідження проводилися у 2017-2018 рр. за участю 192 військовослужбовців двох вибірок: 1) 84 військовослужбовці без досвіду виконання завдань в районі АТО перед першою відправкою в район АТО (1-ша експериментальна); 2) 108

військовослужбовців з досвідом виконання таких завдань, тобто ті, що вже брали участь в АТО (2-га експериментальна). Розподіл експериментальної вибірки військовослужбовців на дві (з досвідом та без досвіду виконання завдань в районі АТО) здійснено відповідно до висунутого нами *припущення* про те, що на динаміку психологічного стану військовослужбовців може суттєво впливати наявність або відсутність попереднього досвіду виконання бойових (спеціальних) завдань в районі проведення АТО. Військовослужбовці обох експериментальних вибірок взяли участь в чотирьох серіях досліджень: перед відправкою в район АТО, через 1, 3 та 6 місяців перебування в районі АТО. Слід зазначити, що в силу різних причин далеко не всі військовослужбовці взяли участь в усіх серіях досліджень, що вплинуло на отримані результати. Це, відповідно, враховувалося при їх аналізі.

У дослідженнях використовувався такий методичний інструментарій:

1. Багаторівневий особистісний опитувальник “Адаптивність-200”.
2. Гиссенський опитувальник психосоматичних скарг.
3. Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики.
4. Первинний скринінг ПТСР на 4 та 7 питань.
5. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР.
6. Методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна.
7. Адаптований варіантом методики Г.Айзенка.
8. Методика діагностики рівня емоційного вигорання В.В. Бойка.

За результатами Багаторівневого особистісного опитувальника «Адаптивність-200», у військовослужбовців 1-ї експериментальної вибірки (без досвіду виконання завдань в районі АТО), за 6 місяців досліджень відбулося достовірне підвищення ($p \leq 0,05 - 0,01$) таких 3 позитивних показників, як рівень стійкості до бойового стресу, поведінкова регуляція та комунікативний потенціал, а також зниження 1 негативного показника – суїцидального ризику (таблиця 1). Ще 3 показники – в моральна

нормативність, військово-професійна спрямованість та девіантні форми поведінки, достовірних змін не зазнали. Нагадаємо, що перші 5 шкал цієї методики є зворотними – чим вищий кількісний показник, тим нижчою є вираженість ознаки.

Таблиця 1.

Динаміка діагностичних показників військовослужбовців без досвіду та з досвідом участі в бойових діях у різних серіях досліджень за Багаторівневим особистісним опитувальником “Адаптивність-200”

№ з/П	Показники	Виб	Порівняння								
			M1 - M2 A (n = 42) B (n = 21)		p≤	M1 - M3 A (n = 37) B (n = 20)		p≤	M1 - M4 A (n = 56) B (n = 29)		p≤
1.	Рівень стійкості до бойового стресу	A	37,24	31,31	0,1	45,76	45,35	-	44,69	38,33	0,01
		B	53,19	42,95	-	51,10	43,25	0,05	48,87	45,13	0,1
2.	Поведінкова регуляція	A	16,62	14,41	-	23,03	22,49	-	32,03	17,25	0,01
		B	28,33	22,71	-	27,25	21,60	0,05	24,60	22,20	0,1
3.	Комунікативний потенціал	A	11,07	9,07	0,05	12,41	12,19	-	12,39	10,78	0,05
		B	14,14	11,86	-	13,00	11,05	0,05	13,20	11,13	0,01
4.	Моральна нормативність	A	9,48	8,07	0,1	10,24	10,68	-	10,19	10,31	-
		B	10,71	8,43	0,05	11,85	10,80	0,05	11,07	11,53	-
5.	Військово-професійна спрямованість	A	6,79	5,17	0,05	8,78	8,68	-	7,97	7,17	-
		B	8,14	6,43	-	8,50	8,50	-	6,80	9,13	0,01
6.	Девіантні форми поведінки	A	12,12	8,62	0,01	13,65	12,81	-	13,61	15,27	-
		B	14,95	7,95	0,01	14,90	13,05	0,1	12,17	13,40	0,05
7.	Суїцидальний ризик	A	2,60	1,98	--	3,70	3,24	-	3,36	1,92	0,01
		B	5,29	3,81		5,10	3,35	0,05	3,67	2,60	0,05

Примітки: 1) M1, M2... - № серії досліджень; 2) військовослужбовці: А – без попереднього досвіду участі в бойових діях; Б – з досвідом участі в бойових діях.

У військовослужбовців 2-ї експериментальної вибірки (з досвідом виконання завдань в районі АТО) достовірне підвищення ($p \leq 0,1 - 0,01$) відбулося за тими самими 3 позитивними показниками – рівень стійкості до бойового стресу, поведінкова регуляція та комунікативний потенціал. Моральна нормативність та військово-професійна спрямованість істотних

змін не зазнали. Такий негативний показник, як суїцидальний ризик, достовірно знизився ($p \leq 0,05$). А інший негативний показник – девіантні форми поведінки - у перших серіях досліджень мав тенденцію до суттєвого зниження, але в останній серії вже достовірно зріс ($p \leq 0,05$). Але, в цілому, динаміку показників цієї методики у військовослужбовців обох вибірок можна розглядати як подібну.

Як свідчить динаміка результатів Гиссенського опитувальника психосоматичних скарг (таблиця 2), у військовослужбовців 1-ї (А) експериментальної вибірки (без досвіду виконання завдань в районі АТО), у порівнянні з І серією досліджень, спостерігається тенденція до зменшення кількості скарг за всіма 5 узагальнюючими показниками опитувальника – виснаження, шлункові скарги, болі в різних частинах тіла, серцеві скарги, тиск (загальна інтенсивність скарг). Це зменшення часто сягає статистично достовірного рівня ($p \leq 0,1 - 0,05$).

Таблиця 2.

Динаміка діагностичних показників військовослужбовців без досвіду та з досвідом участі в бойових діях у різних серіях досліджень за Гиссенським опитувальником психосоматичних скарг

№ з/п	Показники	Виб	Порівняння								
			М1 - М2 А (n = 42) Б (n = 21)		p≤	М1 - М3 А (n = 37) Б (n = 20)		p≤	М1 - М4 А (n = 56) Б (n = 29)		p≤
1.	Виснаження	А	2,56	2,04	-	4,05	2,57	0,05	3,42	2,69	-
		Б	5,42	1,42	0,01	5,71	3,94	-	5,00	5,23	-
2.	Шлункові скарги	А	1,80	1,36	-	2,27	1,38	0,05	1,92	1,67	-
		Б	3,08	0,96	0,01	2,59	2,41	-	1,62	2,38	-
3.	Болі в різних частинах тіла	А	3,80	2,82	-	5,24	4,11	0,1	4,25	3,56	-
		Б	7,04	2,08	0,01	7,59	5,29	-	6,54	5,23	-
4.	Серцеві скарги	А	0,66	0,64	-	1,73	1,03	0,05	1,47	,94	0,05
		Б	3,50	0,38	0,01	4,18	2,06	0,05	4,23	3,31	-
5.	Тиск (інтенсивність скарг)	А	8,82	6,84	-	13,31	9,08	0,05	11,06	8,86	0,05
		Б	19,25	4,83	0,01	20,06	13,71	0,1	17,38	16,15	-

Примітки: 1) М1, М2... - № серії досліджень; 2) військовослужбовці: А – без попереднього досвіду участі в бойових діях; Б – з досвідом участі в бойових діях.

Військовослужбовців 2-ї експериментальної вибірки (з досвідом виконання завдань в районі АТО) демонструють дещо іншу динаміку (Б). Ми можемо спостерігати спочатку різке зменшення від I до II-III серій досліджень, а далі повне чи практично відновлення к IV серії, всіх цих показників.

За Опитувальником вираженості психопатологічної симптоматики (таблиця 3), військовослужбовці обох експериментальних вибірок, у порівнянні з I серією досліджень, показують достовірне ($p \leq 0,05 - 0,01$) зменшення вираженості 2 з 3 узагальнюючих показників опитувальника – загальний індекс важкості симптомів (GSI) та загальна кількість стверджувальних відповідей (PST).

Таблиця 3.

Динаміка діагностичних показників військовослужбовців без досвіду та з досвідом участі в бойових діях у різних серіях досліджень за Опитувальником вираженості психопатологічної симптоматики

№ з/п	Показники	Виб	Порівняння								
			M1 - M2		p≤	M1 - M3		p≤	M1 - M4		p≤
			A (n = 42)	Б (n = 21)		A (n = 37)	Б (n = 20)		A (n = 56)	Б (n = 29)	
1.	Загальний індекс важкості симптомів (GSI)	А	0,21	0,12	0,05	0,31	0,18	0,01	0,28	0,16	0,01
		Б	0,34	0,12	0,01	0,36	0,21	0,05	0,30	0,23	0,05
2.	Індекс наявного симптоматичного дистресу (PSDI)	А	0,89	0,61	0,01	0,95	0,95	-	0,94	0,89	-
		Б	0,96	0,82	0,05	1,00	0,94	-	0,92	0,85	-
3.	Загальна кількість стверджувальних відповідей (PST)	А	19,04	11,24	0,01	28,03	16,62	0,01	25,39	14,64	0,01
		Б	30,93	10,74	0,01	32,06	18,25	0,01	26,77	20,69	0,05

Примітки: 1) M1, M2... - № серії досліджень; 2) військовослужбовці: А – без попереднього досвіду участі в бойових діях; Б – з досвідом участі в бойових діях.

Зміни результатів обох експериментальних вибірок за першою з методик, що діагностують вираженість ПТСР (Первинний скринінг ПТСР на 7 питань), у порівнянні з I серією досліджень, є не достовірними (таблиця 4). У частині випадків спостерігається деяке підвищення показника ПТСР, у частині – певне зниження.

Таблиця 4.

Динаміка діагностичних показників військовослужбовців без досвіду та з досвідом участі в бойових діях у різних серіях досліджень за Первинним скринінгом посттравматичного стресового розладу та Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР

№ з/п	Показники	Виб	Порівняння								
			M1 - M2 A (n = 42) Б (n = 21)		p≤	M1 - M3 A (n = 37) Б (n = 20)		p≤	M1 - M4 A (n = 56) Б (n = 29)		p≤
1.	Первинний скринінг ПТСР (7 питань)	А	0,84	0,61	-	1,16	1,26	-	0,97	0,78	-
		Б	1,41	1,00	-	1,93	1,33	-	1,00	1,73	-
2.	Первинний скринінг ПТСР (4 питання)	А	0,46	0,41	-	0,76	0,35	0,05	0,53	0,21	0,1
		Б	1,19	,35	0,05	1,25	0,56	0,05	1,08	0,69	-
3.	Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР	А	1,21	0,96	-	1,87	1,38	0,1	1,65	0,84	0,05
		Б	2,44	1,52	-	2,75	1,31	0,1	2,08	1,67	-

Примітки: 1) M1, M2... - № серії досліджень; 2) військовослужбовці: А – без попереднього досвіду участі в бойових діях; Б – з досвідом участі в бойових діях.

За другою та третьою методиками діагностування ПТСР (Первинний скринінг ПТСР на 4 питання та Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР), у обох експериментальних вибірках можна спостерігати досить виражену тенденцію до зниження вираженості діагностичних показників ПТСР у порівнянні з I серією досліджень (див. табл. 4). Це зниження у половині випадків досягає рівня статистичної достовірності ($p \leq 0,1 - 0,05$).

Результати динаміки показників за Методикою шкалою самооцінки психофізіологічного стану досить серйозно відрізняються від загальної тенденції, що вже «намалювалася» за іншими методиками. Як свідчать

наведені у таблиці 5 результати, у військовослужбовців обох експериментальних вибірок впродовж 1-го місяця перебування в АТО відбулося підвищення всіх діагностичних параметрів стану (самопочуття, активність настроїв, працездатність, зацікавленість в участі в АТО, бажання виконувати діяльність в АТО та впевненість у своїх силах). Але, якщо у військовослужбовців 1-ї експериментальної вибірки (без досвіду виконання завдань в районі АТО) це підвищення виявилось порівняно невеликим, то у військовослужбовців 2-ї експериментальної вибірки (з досвідом виконання завдань в районі АТО) відбулося дуже виражене підвищення всіх показників ($p \leq 0,05 - 0,01$).

Таблиця 5.

Динаміка діагностичних показників військовослужбовців без досвіду та з досвідом участі в бойових діях у різних серіях досліджень за Методикою шкалою самоцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна

№ з/п	Показники	В иб	Порівняння								
			M1 - M2 A (n = 42) Б (n = 21)		p≤	M1 - M3 A (n = 37) Б (n = 20)		p≤	M1 - M4 A (n = 56) Б (n = 29)		p≤
1.	Самопочуття	А	74,52	79,55	-	71,16	65,00	-	74,36	69,97	-
		Б	65,37	84,37	0,01	61,67	59,78	-	70,20	61,93	-
2.	Активність	А	73,43	77,50	-	72,68	65,55	0,1	74,28	68,58	-
		Б	64,89	82,74	0,01	62,17	63,39	-	69,60	56,73	0,05
3.	Настроїв	А	74,38	76,84	-	72,26	70,79	-	75,44	75,86	-
		Б	62,22	88,07	0,01	60,50	54,39	-	62,67	62,33	-
4.	Працездатність	А	75,13	80,13	-	72,82	67,55	-	73,22	69,75	-
		Б	66,85	85,00	0,01	64,22	63,56	-	69,87	54,73	0,05
5.	Зацікавленість в участі в АТО	А	73,30	79,63	-	69,53	65,66	-	72,61	65,97	-
		Б	69,92	83,00	0,01	65,67	63,11	-	69,27	54,47	0,1
6.	Бажання виконувати діяльність в АТО	А	74,63	79,94	-	68,68	67,16	-	73,26	69,51	-
		Б	72,31	85,46	0,05	70,78	63,22	-	79,07	55,07	0,01
7.	Впевненість у своїх силах	А	82,34	83,20	-	81,79	74,11	-	82,39	77,06	-
		Б	75,11	90,59	0,01	74,83	76,44	-	78,87	74,00	-

Примітки: 1) M1, M2... - № серії досліджень; 2) військовослужбовці: А – без попереднього досвіду участі в бойових діях; Б – з досвідом участі в бойових діях.

Але, в подальших серіях досліджень, у військовослужбовців обох експериментальних вибірок зафіксоване істотне зниження всіх діагностичних параметрів стану до початкового рівня, або, в значній кількості випадків, навіть до істотно нижчого, ніж початковий ($p \leq 0,05 - 0,01$). Особливе занепокоєння в цьому контексті викликає різке зниження через 3 та 6 місяців перебування в АТО (особливо виражене у військовослужбовців 2-ї експериментальної вибірки) таких двох ключових показників, що визначають їх військово-професійну ефективність, як зацікавленість в участі в АТО та бажання виконувати діяльність в АТО (саме ці показники мають найтісніші кореляційні зв'язки з експертною оцінкою ефективності військово-професійної діяльності: $r = 0,41-0,52$; $p \leq 0,01$).

Динаміка таких негативних показників психологічного стану, як тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність, що визначалися за Адаптованим варіантом методики Г. Айзенка, навпаки, повністю «вписується» у загальну тенденцію, що нами вже відзначалася вище – у військовослужбовців обох експериментальних вибірок ці показники, у порівнянні з I серією досліджень, істотно знижуються (таблиця 6).

У переважній більшості випадків це зниження сягає рівня статистичної достовірності ($p \leq 0,05 - 0,01$).

Динаміка результатів за Методикою діагностики рівня емоційного вигорання В.В. Бойка (таблиця 7) є, певним чином, подібною до динаміки за Гиссенським опитувальником психосоматичних скарг.

Ми бачимо, що у військовослужбовців обох експериментальних вибірок спочатку спостерігається різке зменшення від I до II серій досліджень (через місяць перебування в АТО) рівня прояву таких негативних показників психологічного стану як напруга, резистенція, виснаження та загальний рівень емоційного вигорання, що у переважній більшості випадків є статистично достовірним ($p \leq 0,05 - 0,01$).

Таблиця 6.

Динаміка діагностичних показників військовослужбовців без досвіду та з досвідом участі в бойових діях у різних серіях досліджень за Адаптованим варіантом методики Г. Айзенка

№ з/п	Показники	Виб	Порівняння								
			M1 - M2 A (n = 42) Б (n = 21)		p≤	M1 - M3 A (n = 37) Б (n = 20)		p≤	M1 - M4 A (n = 56) Б (n = 29)		p≤
1.	Тривожність	А	3,71	2,18	0,01	4,83	4,08	-	4,97	2,51	0,01
		Б	5,82	1,74	0,01	6,00	3,67	-	5,09	2,55	-
2.	Фрустрація	А	2,84	2,04	-	3,78	2,67	0,01	3,40	1,74	0,01
		Б	5,63	1,67	0,01	6,53	1,87	0,01	5,27	2,27	0,05
3.	Агресивність	А	6,46	4,22	0,01	7,47	6,22	0,05	7,20	4,34	0,01
		Б	6,44	3,70	0,05	8,07	4,80	0,1	4,55	2,91	-
4.	Ригідність	А	5,71	2,82	0,01	7,78	5,19	0,01	7,09	3,37	0,01
		Б	5,96	1,59	0,01	6,27	4,20	-	4,91	3,09	-

Примітки: 1) M1, M2... - № серії досліджень; 2) військовослужбовці: А – без попереднього досвіду участі в бойових діях; Б – з досвідом участі в бойових діях.

Таблиця 7.

Динаміка діагностичних показників військовослужбовців без досвіду та з досвідом участі в бойових діях у різних серіях досліджень за Методикою діагностики рівня емоційного вигорання В. В. Бойка

№ з/п	Показники	Виб	Порівняння								
			M1 - M2 A (n = 42) Б (n = 21)		p≤	M1 - M3 A (n = 37) Б (n = 20)		p≤	M1 - M4 A (n = 56) Б (n = 29)		p≤
1.	Напруга	А	29,74	14,41	0,01	36,81	29,50	-	34,78	22,24	0,01
		Б	38,00	32,40	-	39,78	35,06	-	30,60	34,87	-
2.	Резистенція	А	44,29	44,26	-	49,56	45,31	-	48,76	43,78	-
		Б	54,75	35,80	0,01	56,61	54,11	-	48,80	54,53	-
3.	Виснаження	А	31,81	23,57	0,05	40,06	36,72	-	37,03	35,73	-
		Б	43,15	29,95	0,1	47,33	41,22	-	42,07	42,67	-
4.	Рівень емоційного вигорання	А	105,7	82,74	0,05	126,4	111,5	-	120,6	101,8	-
		Б	135,9	97,25	0,1	143,7	130,4	-	122,1	131,5	-

Примітки: 1) M1, M2... - № серії досліджень; 2) військовослужбовці: А – без попереднього досвіду участі в бойових діях; Б – з досвідом участі в бойових діях.

Далі у військовослужбовців 1-ї експериментальної вибірки (без досвіду виконання завдань в районі АТО) відбувається часткове відновлення рівня

прояву вказаних негативних показників психологічного стану, яке, однак, перевищує початковий рівень лише за показником виснаження А у військовослужбовців 2-ї експериментальної вибірки (з досвідом виконання завдань в районі АТО), в IV серії досліджень це перевищення відбулося вже за всіма чотирма негативними показниками психологічного стану, хоча й істотно не досягнуло рівня статистичної достовірності.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Проведення чотирьох серій досліджень надало можливість виявити певні особливості динаміки показників психофізіологічного стану військовослужбовців, що відбуваються внаслідок виконання бойових (спеціальних) завдань в районі проведення АТО. У військовослужбовців 1-ї експериментальної вибірки (без досвіду виконання завдань в районі АТО) за 6 місяців досліджень відбулося достовірне підвищення таких 3 позитивних показників, як рівень стійкості до бойового стресу, поведінкова регуляція та комунікативний потенціал, а також зниження 1 негативного показника – суїцидального ризику. Ще 3 показники – моральна нормативність, військово-професійна спрямованість та девіантні форми поведінки, достовірних змін не зазнали. У військовослужбовців 2-ї експериментальної вибірки (з досвідом виконання завдань в районі АТО) достовірне підвищення відбулося за тими самими 3 позитивними показниками. Моральна нормативність та військово-професійна спрямованість, так само, істотних змін не зазнали. Негативний показник суїцидальний ризик теж достовірно знизився. А інший негативний показник – девіантні форми поведінки у перших серіях досліджень мав тенденцію до суттєвого зниження, але в останній серії вже достовірно зріс. У військовослужбовців 1-ї експериментальної вибірки спостерігається тенденція до зменшення кількості психосоматичних скарг за всіма 5 узагальнюючими показниками – виснаження, шлункові скарги, болі в різних частинах тіла, серцеві скарги, тиск (загальна інтенсивність скарг). Військовослужбовці 2-ї експериментальної вибірки демонструють дещо іншу динаміку – спочатку різке зменшення від I до II-III серій досліджень, а далі

повне чи практично відновлення к IV серії, всіх цих показників. Військовослужбовці обох експериментальних вибірок, у порівнянні з I серією досліджень, показують достовірне зменшення вираженості 2 з 3 узагальнюючих показників психопатологічної симптоматики – загального індексу важкості симптомів (GSI) та загальної кількості стверджувальних відповідей (PST). Зміни результатів обох експериментальних вибірок за першою з методик, що діагностують вираженість ПТСР (Первинний скринінг ПТСР на 7 питань), у порівнянні з I серією досліджень, є не достовірними. В частині випадків спостерігається деяке підвищення показника ПТСР, у частині – певне зниження. За другою та третьою методиками діагностування ПТСР (Первинний скринінг ПТСР на 4 питання та Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР), у обох експериментальних вибірках можна спостерігати досить виражену тенденцію до зниження вираженості діагностичних показників ПТСР у порівнянні з I серією досліджень. У військовослужбовців обох експериментальних вибірок, такі негативні показники психологічного стану, як тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність, у порівнянні з I серією досліджень, істотно знижуються. У військовослужбовців обох експериментальних вибірок, спочатку спостерігається різке зменшення від I до II серій досліджень рівня прояву таких негативних показників психологічного стану як напруга, резистенція, виснаження та загальний рівень емоційного вигорання. Далі у військовослужбовців 1-ї експериментальної вибірки відбувається часткове відновлення рівня прояву вказаних негативних показників психологічного стану, яке, однак, перевищує початковий рівень лише за показником виснаження А у військовослужбовців 2-ї експериментальної вибірки в IV серії досліджень це перевищення відбулося вже за всіма чотирма негативними показниками психологічного стану, хоча й істотно не досягнуло рівня статистичної достовірності.

Результати динаміки показників шкалованої самооцінки психофізіологічного стану досить серйозно відрізняються від загальної тенденції, що отримана за іншими методиками. У військовослужбовців обох

експериментальних вибірок впродовж 1-го місяця перебування в АТО відбулося підвищення всіх діагностичних параметрів стану (самопочуття, активність настроїв, працездатність, зацікавленість в участі в АТО, бажання виконувати діяльність в АТО та впевненість у своїх силах). Але якщо у військовослужбовців 1-ї експериментальної вибірки це підвищення виявилось порівняно невеликим, то у військовослужбовців 2-ї експериментальної вибірки відбулося дуже виражене підвищення всіх показників. Але, у подальших серіях досліджень у військовослужбовців обох експериментальних вибірок зафіксоване істотне зниження всіх діагностичних параметрів стану до початкового рівня, або, у значній кількості випадків, навіть до істотно нижчого, ніж початковий. Особливого занепокоєння в цьому контексті викликає різке зниження через 3 та 6 місяців перебування в АТО (особливо виражене у військовослужбовців 2-ї експериментальної вибірки) таких двох ключових показників, що визначають їх військово-професійну ефективність, як зацікавленість в участі в АТО та бажання виконувати діяльність в АТО.

Таким чином, можна засвідчити, в цілому, стабільну або позитивну динаміку психофізіологічного стану досліджуваних військовослужбовців впродовж шести місяців перебування в районі проведення АТО за переважною більшістю показників використаних психодіагностичних методик. Однак, ми вважаємо, що отримані результати зазнали певного викривлення внаслідок:

- 1) того, що з об'єктивних причин не вдалося забезпечити участь всіх військовослужбовців експериментальних вибірок в усіх серіях досліджень;

- 2) можливого свідомого не надання частиною військовослужбовців об'єктивних відповідей на питання психодіагностичних опитувальників з метою забезпечення соціально-службової бажаності цих відповідей; на користь цього служить принципова відмінність отриманої динаміки отриманих результатів за методикою шкалою самооцінки психофізіологічного стану, що має проєктивний характер, від інших методик,

що структурно побудовані як опитувальники, і інтерпретацію результатів своїх відповідей на ті чи інші питання яких не складно передбачити.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці практичних засад психологічної підготовки військовослужбовців, яких планується залучати до участі у АТО.

Список використаних джерел

1. Агаєв Н. А. Досвід роботи в армії США та арміях інших країн щодо недопущення втрат особового складу з причин, не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням. Метод. посібник / Н. А. Агаєв, О. М. Кокун, М. В. Герасименко, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська.– К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018.– 156 с.

2. Екстремальна психологія: Підручник [ред. О.В. Тімченко]. - К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. - 502 с.

3. Карпухина А. М. Системный анализ психофизиологического состояния в решении прикладных задач контроля и коррекции состояния человека-оператора. Проблемы нейрокибернетики: диагностика и коррекция функциональных состояний [ред. Г. А. Кураев]. - Ростов: Изд-во Рост. ун-та, 1989. - С. 15-23.

4. Кокун О. М. Психофізіологія: Навч. посібник.- К.: Центр навчальної літератури, 2006. - 184 с.

5. Кокун О. М. Особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців внаслідок тривалої участі в бойових діях та перебування в зоні АТО / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська // Вісник Національного університету оборони України.- 2015. - Вип. 3 (46). - С. 123 - 129.

6. Кокун О. М. Стресогенні чинники бойової діяльності, що зумовлюють виникнення у військовослужбовців посттравматичних стресових розладів / О. М. Кокун, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська // Проблеми екстремальної та кризової психології. Зб.наук. праць. Вип. 22. – Х.: НУЦЗУ, 2017. - С. 143 – 150.

7. Кокун О. М. Особливості негативних психічних станів

військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко // Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: Монографія [ред. В. П. Садковий, О. В. Тімченко]; НУЦЗУ. – Харків: ФОП Мезіна В. П., 2017. – С. 267 - 286.

8. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям: Колективна монографія [ред. М. І. Мушкевич]. - Луцьк : Вежа-Друк, 2016. - 260 с.

9. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина, В. А. Агарков, Ю. В. Быховец и др. - Ч. 1. Теория и методы. – М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007. – 208 с.

10. Шелестова О. В. Медико-психологічні чинники розладів військово-професійної адаптації військовослужбовців (механізми формування, маркери, чинники, система психологічної діагностики). / О. В. Шелестова // Медична психологія: науковий журнал Харківської медичної академії післядипломної освіти. – Х., 2017. – Т. 12, № 3 (47). – С. 32–36.

References

1. Agayev, N. A. Kokun, O. M. Gerasymenko, M. V., Pishko, I. O. and Lozinska, N. S. (2018). *Dosvid roboty v armiyi SShA ta armiyah inshykh krayin shhodo ne-dopushhennya vtrat osobovogo skladu z prychn, ne pov'yazanykh iz vykonannyam zavidan za pryznachennyam* [Experience in the US Army and the armies of other countries to prevent loss of personnel for reasons not related to the purpose of the assignment], SIC GGP MFU, Kiyv, Ukraine.

2. Ekstremalna psyhologiya [Extreme psychology], (2007). August Trade, Kiyv, Ukraine.

3. Karpuxyna, A. M. (1989), *Systemnyj analiz psyhofyzyologicheskogo sostoyaniya v resheniy prikladnykh zadach kontrolya y korrekciyi sostoyaniya cheloveka-operatora*, *Problemy nejrokybernetyki: dyagnostyka y korrekciya funktsionalnykh sostoyaniy*, [System analysis of the psychophysiological state in solving applied problems of monitoring and

correcting the state of a human operator. Neurocybernetics problems: diagnosis and correction of functional states], Rostov un., Rostov, Russia.

4. Kokun, O.M. (2006). *Psy`xofiziologiya* [Psychophysiology], Center for Educational Literature, Kiyv, Ukraine.

5. Kokun, O. M. Agayev, N. A. Pishko, I. O. and Lozins`ka, N.S. (2015), “Particularly negative psychiatric stances in our service providers in the field of trivial participation in the battle of the anti-terrorist operation”, *Visny`k Nacional`nogo universy`tetu oborony` Ukrayiny*, vol. 3 (46), pp. 123-129.

6. Kokun, O. M. Pishko, I. O. and Lozins`ka, N. S. (2017). “Rescencogenic bureaucrats of combat and fighting, just knowing how they have been in post-traumatic stress wounds”, *Problemy` ekstremal`noyi ta kry`zovoyi psy`xologiyi. Zbirny`k naukovy`x pracz*, vol. 22, pp. 143-150.

7. Kokun, O. M. Agayev, N. A. and Pishko, I. O. (2017), “Particularly negative psychiatric stans in the service, who are supposed to take part in the battle of the enemy”, *Aktual`ni doslidzhennya v suchasnij vitchy`znyanij ekstremal`nij ta kryzovij psykhologiyi*, FOP Mezina V. P, Kharkiv, Ukraine, pp. 267-286.

8. *Psy`xologichna dopomoga uchasny`kam ATO ta yix sim'yam* [Psychological assistance to ATO participants and their families], (2016), Vezha-Druk, Lutsk, Ukraine.

9. Tarabry`na, N. V. Agarkov, V. A. Bykhovecz, Yu. V. et all. (2007), *Prakty`cheskoe rukovodstvo po psy`xology`y` postravmaty`cheskogo stressa* [A Practical Guide to the Psychology of Posttraumatic Stress], Ch. 1. Teory`ya y` metody, Kogy`to-Centr,. Moscow, Russia.

10. Shelestova, O. V. (2017), “Medico-psihologichesky officials of rozladiv viyskovo-professional adaptation of adaptations of voykovosluzhbovtsiv (mechanics form, markers, officials, the system of psychology diagnostics)”, *Medy`chna psy`xologiya: nauk. zhurn. Xarkivs`koyi med. akad. pislya-dy`plomnoyi osvity*, vol. 12, 3(47), pp. 32-36.

УДК 612.017.1:616-008]:577.164.17:577.121

Мальцев Дмитро Валерійович, кандидат медичних наук, завідувач лабораторії імунології та молекулярної біології НДІ ЕКМ НМУ імені О. О. Богомольця; 01601, бульвар Шевченка 13, м. Київ, Україна; dmaltsev@ukr.net; +38 (068) 100-85-95.

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-6615-3072>

ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННОГО ДЕФИЦИТА ФЕРМЕНТОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Анотація

Мальцев Дмитро Валерійович, кандидат медичних наук, завідувач лабораторії імунології та молекулярної біології НДІ ЕКМ НМУ імені О. О. Богомольця. Київ, Україна. **Значення генетично детермінованого дефіциту ферментів фолатного циклу в патогенезі захворювань аутистичного спектру.**

Ключові слова: аутистичний спектр, цикл фолієвої кислоти, первинний імунодефіцит.

Постановка проблеми. Результати мета-аналізу рандомізованих контрольованих клінічних досліджень вказують на асоціацію генетичного дефіциту фолатного циклу і розладів спектру аутизму у дітей.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Є ряд доказів участі імунної системи в патогенезі розладів спектру аутизму, включаючи асоціацію з імунодефіцитами і локусами гістосумісності, випадки розвитку аутизму після нейроінфекцій і аутоімунних енцефалітів, аномально високе мікробне навантаження, ефективність імунотерапії.

Формулювання мети статті: Мета - вивчити генетичні, біохімічні та імунологічні зміни у дітей з розладами аутистичного спектру, асоційованими з генетичним дефіцитом фолатного циклу.

Виклад основного матеріалу. Результати аналізу генетичних тестів вказують, що у більшості дітей досліджуваної групи відзначалося 2-4 варіанти поліморфізму в генах ферментів фолатного циклу (88% випадків), а співвідношення гомо- і гетерозиготних форм можна представити як 1,2 до 1,0. Аналіз отриманих нами результатів вивчення біомаркерів в досліджуваній групі показав феномен гіпергомоцистеїнемії в 88% випадків ($p < 0,05$; $Z < Z_{0,05}$), однак відзначалася значна флуктуація рівня сироваткової концентрації гомоцистеїну в залежності від ряду факторів. Результати вивчення імунного статусу показали, що генетичний дефіцит фолатного циклу шляхом гіпергомоцистеїнемії призводить до розвитку особливої форми первинного імунодефіциту з варіабельним імунологічним фенотипом, але переважним залученням NK- і NKT-клітин ($p=0,01$), CD8 + цитотоксичних T-лімфоцитів і мієлопероксидази фагоцитів ($p=0,05$), що зумовлює різке зниження резистентності до внутрішньоклітинних мікроорганізмів, пухлин і схильність до розвитку системного запалення, аутоімунних реакцій, включаючи антимозковий аутоімунітет, і реакцій гіперчутливості уповільненої типу.

Висновки і перспективи подальших досліджень. Діти з розладами спектру аутизму, асоційованими з генетичним дефіцитом фолатного циклу, є імуноскопрометованими особами. Ми пропонуємо особливу форму первинного імунодефіциту, що відзначається в таких випадках, визначати як «імунодефіцит, асоційований з генетичним порушенням фолатного циклу». Ці дані відкривають перспективи обґрунтованої апробації імунотерапії при розладах спектра аутизму, пов'язаних з генетичним дефіцитом ензимів циклу фолієвої кислоти.

Аннотация

Мальцев Дмитрий Валерьевич, кандидат медицинских наук, заведующий лабораторией иммунологии и молекулярной биологии НИИ ЭКМ НМУ имени А. А. Богомольца, Киев, Украина. **Значение генетически детерминированного дефицита ферментов фолатного цикла в патогенезе заболеваний аутистического спектра.**

Ключевые слова: аутистический спектр, цикл фолиевой кислоты, первичный иммунодефицит.

Постановка проблемы. Результаты мета-анализа рандомизированных контролируемых клинических исследований указывают на ассоциацию генетического дефицита фолатного цикла и расстройств спектра аутизма у детей.

Анализ последних исследований и публикаций. Имеется ряд доказательств участия иммунной системы в патогенезе расстройств спектра аутизма, включая ассоциацию с иммунодефицитами и локусами гистосовместимости, случаи развития аутизма после нейроинфекций и аутоиммунных энцефалитов, аномально высокую микробную нагрузку, эффективность иммунотерапии.

Формулировка цели статьи: Цель - изучить генетические, биохимические и иммунологические изменения у детей с расстройствами аутистического спектра, ассоциированными с генетическим дефицитом фолатного цикла.

Изложение основного материала. Результаты анализа генетических тестов указывают, что у большинства детей исследуемой группы отмечалось 2-4 полиморфизма в генах ферментов фолатного цикла (88% случаев), а соотношение гомо- и гетерозиготных форм можно представить как 1,2 к 1,0. Анализ полученных нами результатов изучения биомаркеров в исследуемой группе показал феномен гипергомоцистеинемии в 88% случаев ($p < 0,05$; $Z < Z_{0,05}$), однако отмечалась значительная флуктуация уровня сывороточной концентрации гомоцистеина в зависимости от ряда факторов. Результаты

изучения иммунного статуса показали, что генетический дефицит фолатного цикла путем гипергомоцистеинемии приводит к развитию особой формы первичного иммунодефицита с переменным иммунологическим фенотипом, но преимущественным вовлечением NK- и NKT-клеток ($p=0,01$), CD8⁺ цитотоксических Т-лимфоцитов и миелопероксидазы фагоцитов ($p=0,05$), что предопределяет резкое снижение резистентности к внутриклеточным микроорганизмам, опухолям и склонность к развитию системного воспаления, аутоиммунных реакций, включая антимозговую аутоиммунитет, и реакций гиперчувствительности замедленного типа.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Дети с расстройствами спектра аутизма, ассоциированными с генетическим дефицитом фолатного цикла, являются иммунокомпрометированными лицами. Мы предлагаем особую форму первичного иммунодефицита, отмечающуюся в таких случаях, определять как «иммунодефицит, ассоциированный с генетическим нарушением фолатного цикла». Эти данные открывают перспективы обоснованной апробации иммунотерапии при расстройствах спектра аутизма, связанных с генетическим дефицитом энзимов цикла фолиевой кислоты.

Annotation

Maltsev DV, Ph.D., Head of the Laboratory of Immunology and Molecular Biology of the Scientific Research Institute of Ecology of the O. Bohomolets NMU. Kyiv, Ukraine. **The value of genetically determined deficiency of enzymes in the folate cycle in the pathogenesis of diseases of the autistic spectrum.**

Key words: autistic spectrum, folic acid cycle, primary immunodeficiency.

Formulation of the problem. The results of a meta-analysis of randomized controlled clinical studies indicate an association of genetic folate cycle deficiency and autism spectrum disorders in children.

Analysis of recent research and publications. There is some evidence that the immune system is involved in the pathogenesis of autism spectrum disorders, including an association with immunodeficiencies and histocompatibility loci, cases of autism after neuroinfections and autoimmune encephalitis, anomalously high microbial load, the effectiveness of immunotherapy.

Formulating the purpose of the article. The goal is to study the genetic, biochemical and immunological changes in children with autism spectrum disorders associated with genetic deficiency of the folate cycle.

Presenting main material. The results of the analysis of genetic tests indicate that the majority of children in the study group had 2-4 polymorphisms in the folate cycle enzyme genes (88% of cases), and the ratio of homo- and heterozygous forms can be represented as 1.2 to 1.0. An analysis of the biomarker results we obtained in the studied group showed the phenomenon of hyperhomocysteinemia in 88% of cases ($p < 0.05$; $Z < Z_{0.05}$), however, there was a significant fluctuation in the level of serum homocysteine concentration depending on a number of factors. The results of the study of the immune status showed that the genetic deficiency of the folate cycle through hyperhomocysteinemia leads to the development of a special form of primary immunodeficiency with variable immunological phenotype, but the predominant involvement of NK and NKT cells ($p=0,01$), CD8+ cytotoxic T-lymphocytes and myeloperoxidase of phagocytes ($p=0,05$), which will cause low resistance to intracellular microorganisms, tumors, and the propensity to develop systemic inflammation, autoimmune reactions, including anti-brain autoimmunity, and delayed type of hypersensitivity.

Conclusions and perspectives of further research. Children with autism spectrum disorders associated with a genetic deficiency in the folate cycle are immunocompromised individuals. We propose a special form of primary immunodeficiency, noted in such cases, to define as “immunodeficiency associated with a genetic disorder of the folate cycle”. These data open up prospects for approbation of immunotherapy for autism spectrum disorders associated with a genetic deficiency of folic acid cycle enzymes.

Ключевые слова: аутистический спектр, цикл фолиевой кислоты, первичный иммунодефицит.

Постановка проблемы. Расстройства психики аутистического спектра встречаются у 1% современных детей. В основе этой патологии, по данным ряда ученых, в частности Frye R.E. с соавт., лежат генетические нарушения ферментов фолатного цикла и/или патология митохондрий [7]. Результаты последнего мета-анализа рандомизированных контролируемых клинических исследований подтверждают ассоциацию генетически детерминированного дефицита ферментов цикла фолиевой кислоты и развития расстройств спектра аутизма у детей [12].

Анализ последних исследований и публикаций. В качестве причин генетической предрасположенности к развитию аутистического нарушения психики рассматривают полиморфизмы ферментов фолатного цикла [12], однако связь дефицита ферментов фолатного цикла с аутизмом не вполне обоснована, а наличие у ребенка полиморфизмов генов, равно как и гипергомоцистеинемии, не являются достаточным условием для развития у него психических расстройств. Накопленные доказательства позволяют усмотреть недостающее звено патогенеза расстройств аутистического спектра, ассоциированных с первичным фолатным дефицитом, в иммунозависимой патологии, связанной с некоторыми локусами гистосовместимости, подобно ряду аутоиммунных и аллергических синдромов [1, 2, 5]. Позитивный эффект применения иммунотерапии у пациентов с расстройствами аутистического спектра [6] свидетельствует о роли иммунозависимых механизмов в патогенезе этих заболеваний.

Цикл фолиевой кислоты реализуется благодаря деятельности трех ключевых ферментов: метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR), метионинсинтазы-редуктазы (MTRR) и метионинсинтазы (MTR), и функционирует в неразрывной связи с циклом метионина, в результате которого синтезируется продукт, получивший название гомоцистеин,

который оказывает токсическое воздействие на эндотелий сосудов, вызывая состояние эндотелиальной дисфункции, а также на нейроны ЦНС, индуцируя синаптический дисбаланс и гибель клеток. При полиморфизмах в генах ферментов фолатного цикла создаются условия для гипергомоцистеинемии - аномально повышенной выработки гомоцистеина [4].

На данный момент описаны два полиморфизма в гене MTHFR, связанные с заменой цитозина на тимин в кодоне 677 (677 C>T) и аденина на цитозин в кодоне 1298 (1298 A>C). В генах MTRR и MTR известны полиморфизмы, обусловленные заменой аденина на гуанозин (A>G). Указанные полиморфизмы бывают в гетеро- и гомозиготном состоянии. Гетерозиготные полиморфизмы обозначаются MTHFR 677 C/T, MTHFR 1298 A/C, MTRR A/G и MTR A/G, а гомозиготные - MTHFR 677 T/T, MTHFR 1298 C/C, MTRR G/G и MTR G/G (табл. 1). У одного человека может обнаруживаться от 1 до 4 полиморфизмов в генах фолатного цикла в различном состоянии. Метаболические нарушения усугубляются по мере накопления генетических поломок. В среднем каждый из полиморфизмов в генах ферментов фолатного цикла содержится в геноме, по крайней мере, 30% представителей современной человеческой популяции.

Формулировка цели статьи: Цель - изучить генетические, биохимические и иммунологические изменения у детей с расстройствами аутистического спектра, ассоциированными с генетическим дефицитом фолатного цикла.

Изложение основного материала. В проспективном контролируемом одноцентровом исследовании в период между 2010 и 2015 годами принимали участие 78 детей с диагнозом расстройств психики аутистического спектра и/или детского церебрального паралича, из различных регионов Украины, в возрасте от 2 до 10 лет, 47 мальчиков и 31 девочка. Выявление полиморфизмов генов фолатного цикла осуществляли методом полимеразной цепной реакции в трех центрах: Neurological Research Institute (USA), Харьковском генетическом центре и коммерческой лаборатории

Синево. Контрольную группу составили 34 здоровых ребенка с похожим возрастным и гендерным распределением.

Таблица 1

Разнообразие и клиническое значение полиморфизмов генов фолатного цикла у людей

Ген	Полиморфизм	Аллель нейтральный	Аллель риска	Проявления генотипа с аллелями риска
MTHFR	MTHFR: 677 C>T	C/C	C/T, T/T Частота – 30-40%	Снижение функциональной активности фермента, 3-кратное повышение риска сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте, тромбозов. Невынашивание беременности, поздний гестоз, преэклампсия, отслойка плаценты. Антенатальная гибель плода, задержка и дефекты развития плода. Увеличение риска развития колоректальной аденомы в 3 раза при генотипе T/T. Риск развития РМЖ. Усиление побочных эффектов химиотерапии
	MTHFR: 1298 A>C	A/A	A/G, G/G Частота – 20-30%	Снижение функциональной активности фермента. Рост уровня гомоцистеина в крови. Повышение риска развития синдрома Дауна. Нарушение развития плода – незаращение нервной трубки
MTR	MTHFR: 1298 A>C	A/A	A/G, G/G Частота – 20-30%	Снижение функциональной активности фермента. Рост уровня гомоцистеина в крови. Повышение риска развития синдрома Дауна. Нарушение развития плода – незаращение нервной трубки
MTRR	MTRR: 66 A>G	A/A	A/A, G/G Частота – 20-30%	Снижение функциональной активности фермента. Рост уровня гомоцистеина в крови. Дефекты развития нервной трубки. Усиливает патологический эффект, ассоциированный с полиморфизмами гена MTHFR

Всем пациентам проводилось комплексное иммунологическое обследование в Институте иммунологии и аллергологии НМУ имени А.А. Богомольца, которое включало оценку сывороточных концентраций известных биомаркеров генетического дефицита фолатного цикла – гомоцистеина, фолиевой кислоты, витаминов В12 и В6.

Статистический анализ полученной информации обработан методами структурного и сравнительного анализов при помощи электронной программы Microsoft Excel. С целью установления достоверности отличий результатов применяли Т-критерий Стьюдента с расчетом коэффициента доверительной вероятности p (параметрический критерий) и число знаков Z по Урбаху (непараметрический критерий). Для изучения связи между полиморфизмами генов фолатного цикла и показателями иммунного статуса использовали критерий хи-квадрат (χ^2) Пирсона, сравнивая полученное значение с табличным при заданном числе степеней свободы и уровнях достоверности $p=0,05$ и $p=0,01$. При фактических значениях от 5 до 9 применяли дополнительно поправку Йейтса, а при менее 5 – точный тест Фишера.

Результаты анализа генетических тестов указывают, что у большинства детей исследуемой группы отмечалось 2-4 полиморфизма в генах ферментов фолатного цикла (88% случаев), а соотношение гомо- и гетерозиготных форм можно представить как 1,2 к 1,0. Лишь в 12% случаев наблюдался один полиморфизм, причем преимущественно в гомозиготном состоянии (рис. 1).

У таких детей обычно имела место комбинация с другими генетическими нарушениями, которые влияют на психическое развитие ребенка, а именно – с синдромами Лея (1 случай), Ретта (1 случай) и Дауна (1 случай), а также – гемохроматозом (1 случай) и мутациями гена синтазы оксида азота (2 случая). В целом преобладали замены нуклеотидов в гене MTHFR (56% случаев), однако тесной ассоциации с каким либо одним генетическим нарушением не отмечалось.

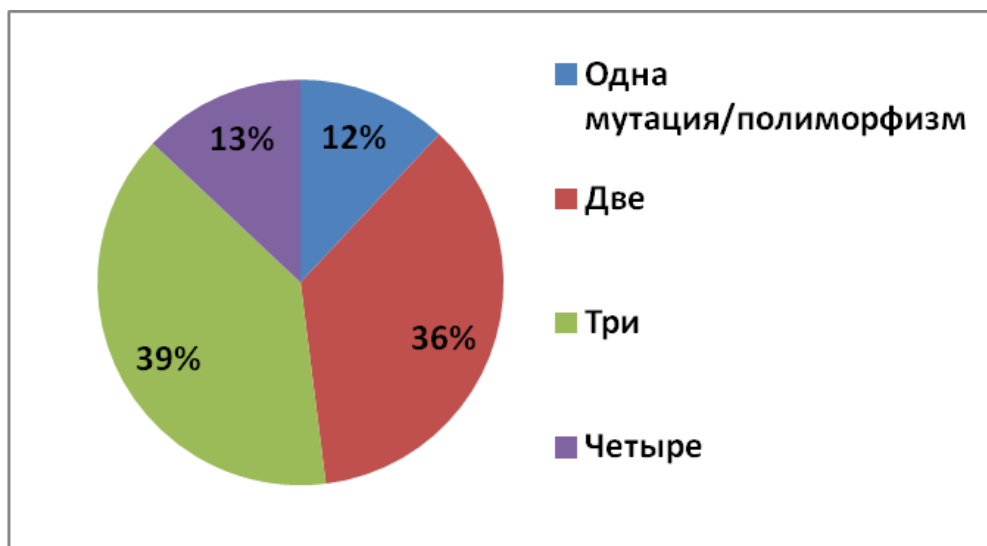


Рис. 1. Структура исследуемой группы (n=78) по количеству полиморфизмов генов ферментов фолатного цикла

Schoendorfer N.C. с соавторами выявили нарушения процессов метилирования у детей с картиной тяжелого детского церебрального паралича, проявлявшиеся повышением сывороточной концентрации гомоцистеина и метилмалоновой кислоты и снижением содержания уратов по сравнению со здоровыми детьми [16]. Анализ полученных нами результатов изучения биомаркеров в исследуемой группе показал феномен гипергомоцистеинемии в 88% случаев ($p < 0,05$; $Z < Z_{0,05}$), однако отмечалась значительная флуктуация уровня сывороточной концентрации гомоцистеина, в том числе в зависимости от особенностей диеты ребенка, поэтому для получения достоверных результатов нами были проведены серийные исследования на протяжении нескольких недель. Сывороточная концентрация фолиевой кислоты оказалась повышенной в 64%, а пониженной – в 21% случаев. Повышение содержания витамина В12 также имело место в 64%, а витамина В6 – лишь в 43% случаев. Гипергомоцистеинемия оказалась наиболее чувствительным биохимическим маркером генетически детерминированного нарушения фолатного цикла (рис. 2), однако в некоторых случаях нормальное содержание гомоцистеина не исключало наличие нескольких полиморфизмов в генах фолатного цикла.

В результате оценки иммунного статуса установлено, что почти все дети с генетическим дефицитом фолатного цикла были иммуноскомпрометированными лицами, причем отмечались некоторые однотипные нарушения иммунитета. Основой выявленного иммунодефицита было резко сниженное количество клеток субпопуляций лимфоцитов с фенотипом CD3–CD16+CD56+, получившие название естественных киллеров (natural killers, NK), и фенотипом CD3+CD16+CD56+, или естественных киллерных Т-клеток (natural killer T-cell, NKT) в периферической крови. Дефицит NK- и NKT-клеток ассоциирован, в частности, с повышенной склонностью к развитию аутоиммунных осложнений [15] и гиперчувствительности замедленного типа [8], что согласуется с неоднократно зафиксированным феноменом аномально повышенной продукции аутоантител к мозговым антигенам и непереносимости многих пищевых аллергенов у детей с аутистическим спектром [17].

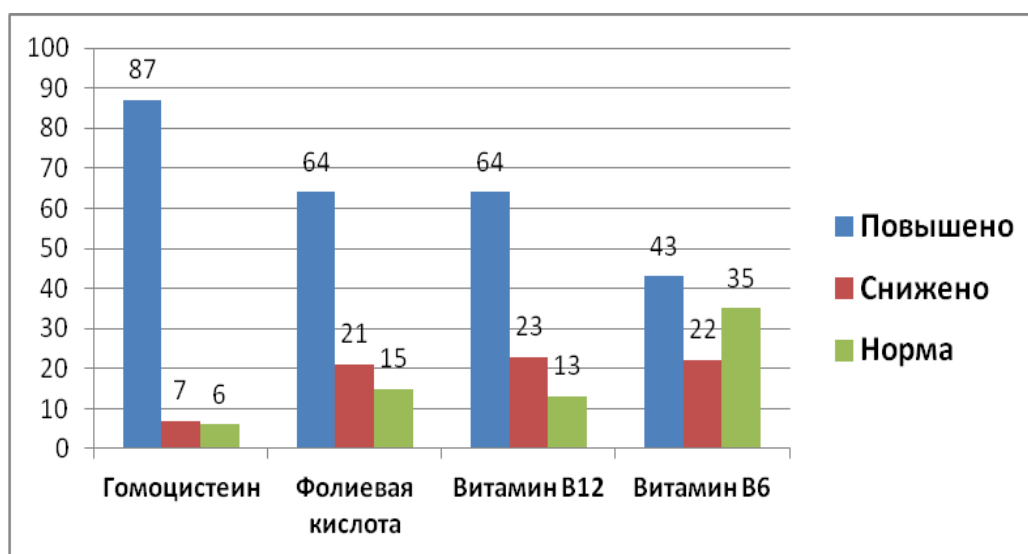


Рис. 2. Уровни сывороточных концентраций исследуемых биомаркеров среди детей с генетически детерминированным нарушением фолатного цикла (n=78)

Дефицит NK- и NKT-клеток также объясняет частое развитие побочных эффектов после вакцинаций, особенно – при введении живой аттенуированной вакцины против кори, краснухи и эпидемического паротита. Указанная форма клеточного иммунодефицита отмечалась среди

участников исследуемой группы в 91% случаев, т.е. являлась специфическим признаком, в то время как среди здоровых детей контрольной группы признаки аналогичного иммунологического фенотипа имели место лишь в 27% случаев, причем обычно отмечалось незначительное снижение количества клеток ($p < 0,05$; $Z < Z_{0,05}$). Помимо этого, гораздо реже среди детей с аутистическим спектром отмечались другие нарушения иммунного статуса: снижение количества CD8+ Т-лимфоцитов (23%), CD4+ Т-клеток (12%), CD19+ В-лимфоцитов (9% случаев). Таким образом, только в 23% случаев был тотальный дефицит всех основных противовирусных субпопуляций лимфоцитов: Т-киллеров, естественных киллеров и естественных киллерных Т-лимфоцитов, причем именно у таких детей отмечалась наибольшая вирусная нагрузка на момент вступления в исследование. Преимущественно имел место избирательный дефицит противовирусных клеток врожденного иммунитета, а количество CD8+ Т-лимфоцитов нередко оказывалось компенсаторно повышенным, что способствовало некоторому уменьшению вирусной нагрузки на организм ребенка. Такую форму иммунодефицита можно было легко идентифицировать в общем анализе крови, зафиксировав аномально малое количество клеток с фенотипом больших гранулярных лимфоцитов. Только у каждого десятого участника исследуемой группы было тотальное снижение всех исследуемых субпопуляций лимфоцитов, что отражалось в виде лимфопении в общем анализе крови. Нарушения отмечались и в гуморальном звене иммунитета. Дисиммуноглобулинемия, включающая изолированные и комбинированные дефициты отдельных классов и субклассов иммуноглобулинов, выявлена в 43% случаев, однако чаще всего была неглубокой и носила транзиторный характер. Гипоиммуноглобулинемия зарегистрирована лишь в 17% случаев. Дефицит миелопероксидазы фагоцитов отмечался в 35% случаев и комбинировался с нарушениями в других звеньях иммунитета в вариабельной манере (рис. 3).

На основании данных анализа иммунного статуса можно выделить основные иммунологические фенотипы у детей с генетически

детерминированным дефицитом фолатного цикла. Основным иммунологическим фенотипом, который отмечался почти у всех детей исследуемой группы, был дефицит противовирусного звена врожденного иммунитета: дефицит NK- и/или NKT-клеток, причем в 62% случаев отмечалось резкое снижение количества лимфоцитов обеих субпопуляций. Изолированные дефициты NK- и NKT-клеток отмечались редко – в 13% и 16% случаев соответственно, а тотальный дефицит противовирусных клеток врожденного и адаптивного иммунитета выявлялся лишь в 23% случаев, т.е. реже, чем у каждого третьего ребенка (рис. 4).

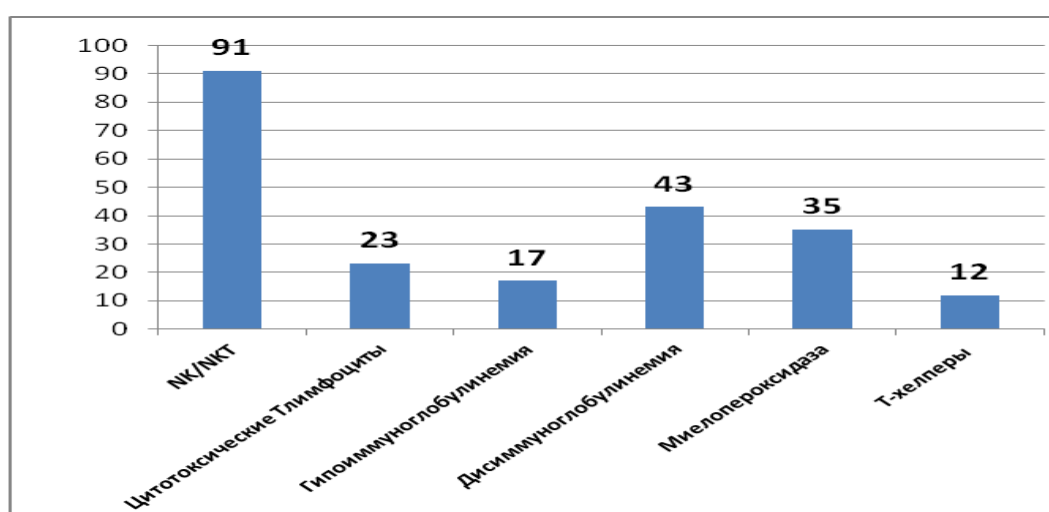


Рис. 3. Структура нарушений в иммунном статусе у детей с генетически детерминированным нарушением фолатного цикла (n=78)

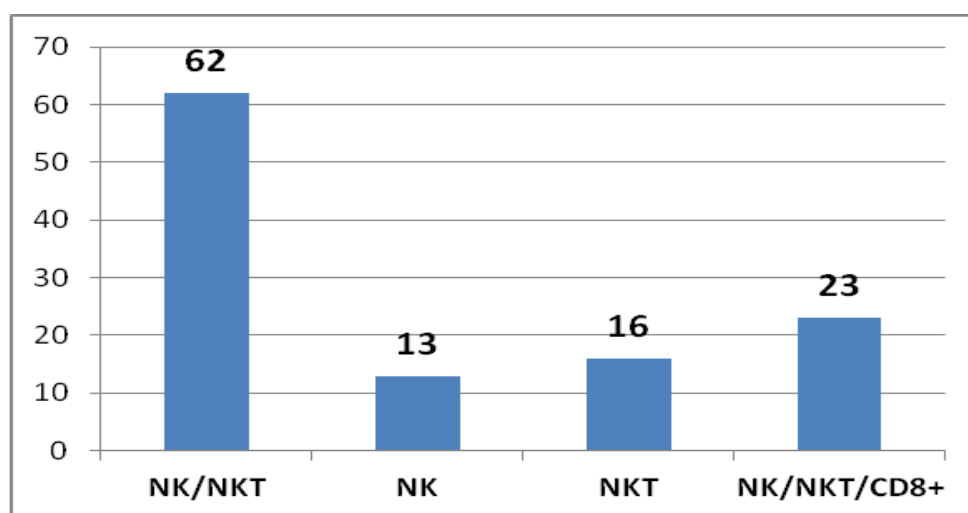


Рис. 4. Структура нарушений противовирусного иммунитета у детей с генетическим дефицитом фолатного цикла (n=78)

Дефициты NK и NKT-клеток были тесно ассоциированы с наличием полиморфизмов в генах ферментов фолатного цикла ($p=0,01$), а также наблюдалась статистически значимая связь изучаемых генетических нарушений с дефицитом цитотоксических Т-лимфоцитов, экспрессирующих корецепторную молекулу CD8, и дефицитом микробицидного фермента фагоцитов миелопероксидазы ($p=0,05$) (табл. 2).

Таблица 2.

Результаты расчета критерия хи-квадрат по отношению к показателям иммунного статуса при сравнении пациентов исследуемой (n=78) и контрольной (n=34) групп

Дефицит клетки/фактора	χ^2	Статистическая значимость*
NK и/или NKT-клетки	51,1	$p=0,01$
NK-клетки	27,2	$p=0,01$
NKT-клетки	23,1	$p=0,01$
CD8+ Т-лимфоциты	4,6	$p=0,05$
CD4+ Т-лимфоциты	2,7	Статистически не значимо
Миелопероксидаза	4,4	$p=0,05$
IgM	2,1	Статистически не значимо
IgG	2,9	Статистически не значимо
IgA	3,1	Статистически не значимо
IgE	3,1	Статистически не значимо
Гипоиммуноглобулинемия	3,3	Статистически не значимо
Дисиммуноглобулинемия	3,7	Статистически не значимо

Примечание. * - $\chi^2 = 3,841$ при $p=0,05$ и $6,635$ при $p=0,01$

Изолированный дефицит клеток-киллеров имел место в 19% случаев, так как более, чем у половины участников исследуемой группы, отмечался расширенный иммунологический фенотип (54%), при котором наряду с выраженным и стойким дефицитом NK- и NKT-клеток отмечались менее глубокие и преимущественно транзиторные нарушения в других звеньях иммунитета, а именно – дефицит CD8+ Т-лимфоцитов, различные виды дисиммуноглобулинемии и дефицит миелопероксидазы фагоцитов. За счет подобных комбинаций могла видоизменяться клиническая картина инфекционного синдрома. Необходимо подчеркнуть, что в каждом десятом

случае регистрировался фенотип, напоминающий тяжелый комбинированный иммунодефицит, за счет наложения глубокой лимфопении и гипо- или дисиммуноглобулинемии. У таких детей отмечались эпизоды врожденной цитомегаловирусной инфекции с грубыми пороками развития нервной системы или постнатальные эпизоды вирусных энцефалитов с тяжелыми резидуальными симптомами. Это были дети, которым выставляли диагноз детского церебрального паралича, хотя при более глубоком анализе у них также обнаруживались признаки расстройств аутистического спектра. Как правило, в их геноме находилось сразу 4 полиморфизма генов фолатного цикла (рис. 5).

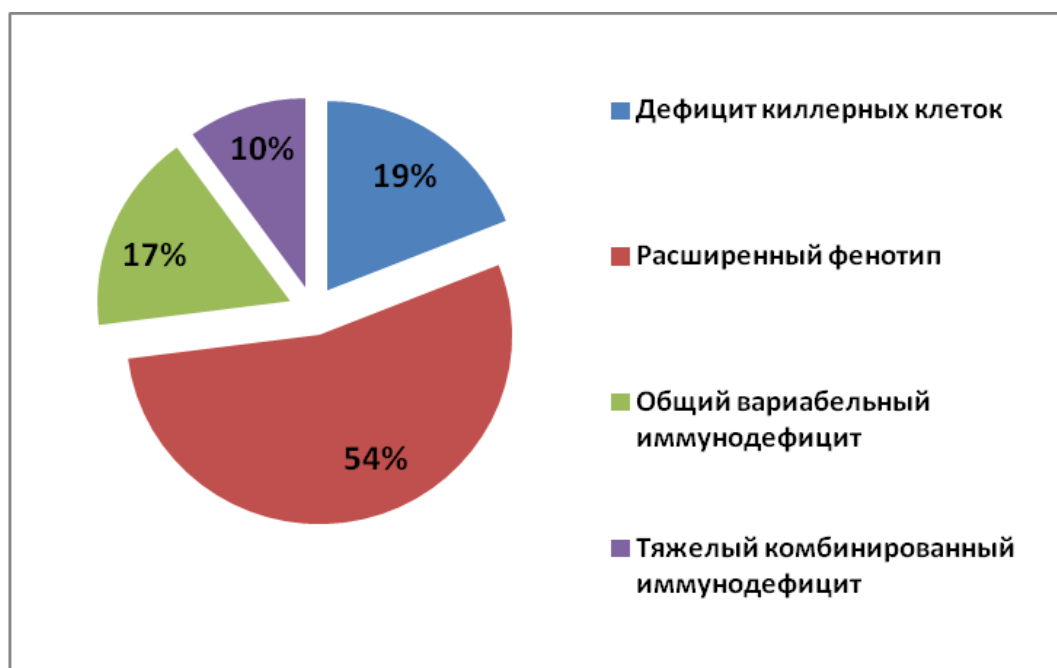


Рис. 5. Структура иммунологических фенотипов у детей с генетическим дефицитом фолатного цикла (n=78)

Таким образом, генетический дефицит фолатного цикла приводит к развитию особой формы первичного иммунодефицита с переменным иммунологическим фенотипом, но преимущественным вовлечением НК- и НКТ-клеток, что предопределяет резкое снижение резистентности к внутриклеточным микроорганизмам, опухолям и склонность к развитию аутоиммунных реакций и реакций гиперчувствительности замедленного

типа. Мы предлагаем этот первичный иммунодефицит определять как «иммунодефицит, ассоциированный с генетическим нарушением фолатного цикла».

Выводы и перспективы дальнейших исследований. В клинической иммунологии описаны и изучены некоторые формы первичных иммунодефицитов, ассоциированные с расстройствами психики спектра аутизма у детей [13, 14]. Анализ результатов наших исследований позволяет выделить новую форму первичного иммунодефицита – иммунодефицит, ассоциированный с генетическим нарушением фолатного цикла, наиболее типичным признаком которого является дефицит НК- и НКТ-клеток как наиболее чувствительных к метаболическому дефекту, опосредованному полиморфизмами генов фолатного цикла. Данный иммунодефицит позволяет объяснить ключевые особенности клинико-лабораторного фенотипа многих детей с аутистическим спектром, для которого характерны аномальная микробная нагрузка, вызванная интрацеллюлярными патогенами [3, 10], разнообразные отклонения в иммунном статусе [1, 2, 5, 11, 18], плохая переносимость вакцинаций, аномально высокая продукция антимозговых аутоантител [9, 17] и развитие реакций гиперчувствительности замедленного типа, например, к пищевым антигенам [8]. Иммунодефицит позволяет объединить в общий фенотип на первый взгляд разрозненные синдромы, которые часто последовательно развиваются у детей с аутистическим спектром, включая инфекционные поражения, лейкоэнцефалопатию, PANDAS, височную медианную эпилепсию и кишечные нарушения. Хотя, по-видимому, имеются и прямые метаболические воздействия энзимопатии, многие клинические проявления, отмечающиеся у детей с дефицитом фолатного цикла, связаны не с прямым токсическим воздействием гомоцистеина и других продуктов на нервные клетки, а с развитием иммунозависимых осложнений, опосредованных иммунодефицитом, включая нейроинфекционные поражения, аллергию, системное воспаление,

поражение кишечника и индукцию аутоиммунных реакций к антигенам нервной ткани.

Следует указать, что с генетическим дефицитом фолатного цикла сегодня связывают и такие нарушения психики, как биполярное расстройство и шизофрения. Полученные нами данные позволяют предположить иммунозависимый компонент патогенеза в таких случаях.

Список использованных источников

1. Abe, I., Shirato, K., Hashizume, Y. (2013), "Folate-deficiency induced cell-specific changes in the distribution of lymphocytes and granulocytes in rats" *Environ Health Prev. Med.*, vol. 18(1), pp. 78–84.

2. Bhatnagar, N., Wechalekar, A., McNamara, C. (2012), "Pancytopenia due to severe folate deficiency" *Intern. Med. J.*, vol. 42(9), pp. 1063–1064.

3. Binstock, T. (2001), "Intra-monocyte pathogens delineate autism subgroups" *Med. Hypotheses*, vol. 56(4), pp. 523–531.

4. Borges, M.C., Hartwig, F.P., Oliveira, I.O., Horta, B.L. (2016) "Is there a causal role for homocysteine concentration in blood pressure? A Mendelian randomization study" *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 103(1), pp. 39–49.

5. Courtemanche, C., Elson-Schwab, I., Mashiyama, S.T. (2004), "Folate deficiency inhibits the proliferation of primary human CD8+ T lymphocytes in vitro" *J. Immunol.*, vol. 173(5), pp. 3186–3192.

6. DelGiudice-Asch, G., Simon, L., Schmeidler, J. (1999), "Brief report: a pilot open clinical trial of intravenous immunoglobulin in childhood autism" *J. Autism Dev. Disord*, vol. 29(2), pp. 157–160.

7. Frye, R.E. (2015), "Metabolic and mitochondrial disorders associated with epilepsy in children with autism spectrum disorder" *Epilepsy Behav.*, vol. 47, pp. 147–157.

8. Inaoka, M. (2005), "Innate immunity and hypersensitivity syndrome" *Toxicology*, vol. 209(2), pp. 161–163.

9. Mora, M., Quintero, L., Cardenas, R. (2009) "Association between HSV-2 infection and serum anti-rat brain antibodies in patients with autism" *Invest. Clin.*, vol. 50(3), pp. 315–326.
10. Nicolson, G.L., Gan, R., Nicolson, N.L., Haier J. (2007) "Evidence for *Mycoplasma ssp.*, *Chlamydia pneumoniae*, and human herpes virus-6 coinfections in the blood of patients with autistic spectrum disorders" *J. Neurosci Res*, vol. 85(5), pp. 1143–1148.
11. Partearroyo, T., Úbeda, N., Montero, A. (2013), "Vitamin B(12) and folic acid imbalance modifies NK cytotoxicity, lymphocytes B and lymphoproliferation in aged rats" *Nutrients*. vol. 5(12), pp. 4836–4848.
12. Pu, D., Shen, Y., Wu, J. (2013), "Association between MTHFR gene polymorphisms and the risk of autism spectrum disorders: a meta-analysis" *Autism Res*, vol. 6(5), pp. 384–392.
13. Russo, A.J., Krigsman, A., Jepson, B., Wakefield, A. (2009), "Low serum myeloperoxidase in autistic children with gastrointestinal disease" *Clinical and Experimental Gastroenterology*, vol. 2, pp. 85–94.
14. Santaella, M.L., Varela, Y., Linares, N., Disdier, O.M. (2008), "Prevalence of autism spectrum disorders in relatives of patients with selective immunoglobulin A deficiency" *P. R. Health. Sci J*, vol. 27(3), pp. 204–208.
15. Schleinitz, N., Vély, F., Harlé, J.N., Vivier, E. (2010), "Natural killer cells in human autoimmune diseases" *Immunology*, vol. 131(4), pp. 451–458.
16. Schoendorfer, N.C., Obeid, R., Moxon-Lester, L. (2012), "Methylation capacity in children with severe cerebral palsy" *Eur. J. Clin. Invest.*, vol. 42(7), pp. 768–776.
17. Singh, V.K., Lin, S.X., Yang, V.C. (1998), "Serological association of measles virus and human herpesvirus-6 with brain autoantibodies in autism" *Clin. Immunol. Immunopathol*, vol. 89(1), pp. 105–108.
18. Troen, A.M., Mitchell, B., Sorensen, B. (2006), "Unmetabolized folic acid in plasma is associated with reduced natural killer cell cytotoxicity among postmenopausal women" *J. Nutr.*, vol. 136(1), pp. 189–194.

References

1. Abe, I. Shirato, K. and Hashizume, Y. (2013), "Folate-deficiency induced cell-specific changes in the distribution of lymphocytes and granulocytes in rats", *Environ Health Prev. Med.*, vol. 18(1), pp. 78–84.
2. Bhatnagar, N. Wechalekar, A. and McNamara, C. (2012), "Pancytopenia due to severe folate deficiency", *Intern. Med. J.*, vol. 42(9), pp. 1063–1064.
3. Binstock, T. (2001), "Intra-monocyte pathogens delineate autism subgroups" *Med. Hypotheses*, vol. 56(4), pp. 523–531.
4. Borges, M. C. Hartwig, F. P. Oliveira, I. O. and Horta, B. L. (2016) "Is there a causal role for homocysteine concentration in blood pressure? A Mendelian randomization study", *Am. J. Clin. Nutr*, vol. 103(1), pp. 39–49.
5. Courtemanche, C. Elson-Schwab, I. Mashiyama, S. T. (2004), "Folate deficiency inhibits the proliferation of primary human CD8+ T lymphocytes in vitro", *J. Immunol.*, vol. 173(5), pp. 3186–3192.
6. DelGiudice-Asch, G. Simon, L. and Schmeidler, J. (1999), "Brief report: a pilot open clinical trial of intravenous immunoglobulin in childhood autism", *J. Autism Dev. Disord*, vol. 29(2), pp. 157–160.
7. Frye, R. E. (2015), "Metabolic and mitochondrial disorders associated with epilepsy in children with autism spectrum disorder", *Epilepsy Behav*, vol. 47, pp. 147–157.
8. Inaoka, M. (2005), "Innate immunity and hypersensitivity syndrome", *Toxicology*. vol. 209(2), pp. 161–163.
9. Mora, M. Quintero, L. Cardenas, R. (2009) "Association between HSV-2 infection and serum anti-rat brain antibodies in patients with autism", *Invest. Clin.*, vol. 50(3), pp. 315–326.
10. Nicolson, G. L. Gan, R. Nicolson, N. L. and Haier, J. (2007) "Evidence for Mycoplasma ssp., Chlamydia pneumoniae, and human herpes virus-6 coinfections in the blood of patients with autistic spectrum disorders", *J. Neurosci Res*, vol. 85(5), pp. 1143–1148.

11. Partearroyo, T. Úbeda, N. and Montero, A. (2013), “Vitamin B(12) and folic acid imbalance modifies NK cytotoxicity, lymphocytes B and lymphoproliferation in aged rats”, vol. 5(12), pp. 4836–4848.
12. Pu, D. Shen, Y. and Wu, J. (2013), “Association between MTHFR gene polymorphisms and the risk of autism spectrum disorders: a meta-analysis”, *Autism Res*, vol. 6(5), pp. 384–392.
13. Russo, A. J. Krigsman, A. Jepson, B. and Wakefield, A. (2009), “Low serum myeloperoxidase in autistic children with gastrointestinal disease”, *Clinical and Experimental Gastroenterology*, vol. 2, pp. 85–94.
14. Santaella, M. L. Varela, Y. Linares, N. Disdier, O. M. (2008), “Prevalence of autism spectrum disorders in relatives of patients with selective immunoglobulin A deficiency”, *P. R. Health. Sci J*, vol. 27(3), pp. 204–208.
15. Schleinitz, N. Vély, F. Harlé, J. N. and Vivier, E. (2010), “Natural killer cells in human autoimmune diseases”, *Immunology*, vol. 131(4), pp. 451–458.
16. Schoendorfer, N. C. Obeid, R. and Moxon-Lester, L. (2012), “Methylation capacity in children with severe cerebral palsy”, *Eur. J. Clin. Invest.*, vol. 42(7), pp. 768–776.
17. Singh, V. K. Lin, S. X. and Yang, V. C. (1998), “Serological association of measles virus and human herpesvirus-6 with brain autoantibodies in autism”, *Clin. Immunol. Immunopathol*, vol. 89(1), pp. 105–108.
18. Troen, A. M. Mitchell, B. and Sorensen, B. (2006), “Unmetabolized folic acid in plasma is associated with reduced natural killer cell cytotoxicity among postmenopausal women”, *J. Nutr*, vol. 136(1), pp. 189–194.

УДК 612.8+159.92+159.93+159.942

Фесенюк Наталія Петрівна, магістр психології, докторант кафедри психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; 02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна; <nataly_kadin_fesenyuk@ukr.net>; +38 (097) 422-12-99

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0461-641>

Коляденко Ніна Володимирівна, доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри медичної психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; 02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна; nina-k@ukr.net; +38 (067) 756-72-57

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2099-0163>

Романенко Євген Олександрович, доктор наук із державного управління, магістр психології, професор, Заслужений юрист України, проректор ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; 02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна; roboss1978@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2285-0543>

Здоровенко Наталія Вікторівна, психолог Спеціальної загальноосвітньої школи «Надія»; 03057, вул. Академіка Янгеля, 12/2, м. Київ, Україна; zdor_nat@ukr.net; +38 (097) 255-0-444

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6636-7628>

ВПЛИВ СПІЛКУВАННЯ З ТВАРИНАМИ НА ПСИХІЧНІ СТАНИ ДІТЕЙ З ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ВАДАМИ ЗОРУ

Анотація

Ключові слова: зоотерапія, психокорекція, діти з психоневрологічними захворюваннями, діти з вадами зору, діти з інвалідністю

Постановка проблеми. В джерелах наукової літератури відсутня чітка класифікація та структура негативних психічних станів щодо переважання чи

наявності їх окремих видів в тому чи іншому віковому періоді, є недостатнім відповідний психодіагностичний інструментарій, залишаються недостатньо розробленими і теоретично обґрунтованими методики психокорекції негативних психічних станів. Серед рекомендацій психокорекційних втручань немає методики анімалотерапії, дане питання взагалі недостатньо розроблене та мало висвітлене в наукових джерелах, в той час як у всьому світі використання тварин-асистентів з лікувально-реабілітаційною метою стає все більш популярним і поширеним, що спостерігається також і в Україні.

Формулювання мети статті: обґрунтувати зоопсихологічні механізми та визначити ефективність психокорекційного впливу тварин.

Виклад основного матеріалу. В результаті спостереження за реакціями дітей на тварин і ставленням до них, нами було виокремлено чотири типи реагування: I – адекватні реакції ($\approx 65\%$); II – не зовсім адекватні реакції ($\approx 23\%$); III – зовсім неадекватні реакції ($\approx 7\%$); IV- несприйняття тварини (відсутність реакції) ($\approx 5\%$).

Спілкування з тваринами знижує прояви агресії, позитивно впливає на комунікативність та емоційний стан особистості. Накопичення агресивності, в поєднанні зі зниженням комунікативних зв'язків, обмеженням спілкування, нестачею позитивних емоцій, може спричинити виникнення негативних психічних станів та призвести до невротизації особистості. Спілкування ж із тваринами в процесі психокорекції, дозволяє знизити поріг агресивності, що має важливе психопрофілактичне значення.

Висновки. Психологічна корекція на основі зоотерапії, завдяки тому, що взаємодія організовується опосередковано, через тварин, допомагає вирішити комунікативно-особистісні проблеми, створити позитивну мотивацію успіху, знизити прояви негативних форм поведінки та невмотивованої агресії, розширити спектр виявлення емоцій, надає можливість зняти психоемоційне напруження, оптимізувати очікування та спрямувати активність.

Аннотация

Фесенюк Н. П., магистр психологии, докторант кафедры психологии ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; **Коляденко Н. В.**, доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой медицинской психологии ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; **Романенко Е. А.**, доктор наук по государственному управлению, магистр психологии, профессор, Заслуженный юрист Украины, проректор ЧАО «ВУЗ «МАУП»; **Здоровенко Н. В.**, психолог Специальной общеобразовательной школы «Надежда»; г. Киев, Украина. **Влияние общения с животными на психические состояния детей с психоневрологическими заболеваниями и нарушениями зрениями.**

Ключевые слова: зоотерапия, психокоррекция, дети с психоневрологическими заболеваниями, дети с нарушениями зрения, дети с инвалидностью.

Постановка проблемы. В источниках научной литературы отсутствует четкая классификация и структура негативных психических состояний в отношении преобладания или наличия их отдельных видов в том или ином возрастном периоде, является недостаточным соответствующий психодиагностический инструментарий, остаются недостаточно разработанными и теоретически обоснованными методики психокоррекции негативных психических состояний. Среди рекомендаций психокоррекционных вмешательств отсутствует методика анималотерапии, этот вопрос вообще недостаточно разработан и мало освещен в научных источниках, в то время когда во всем мире использование животных-ассистентов с лечебно-реабилитационной целью становится все более популярным и распространенным, что наблюдается также в Украине.

Формулирование цели статьи: обосновать зоопсихологические механизмы и оценить эффективность психокоррекционного воздействия животных.

Изложение основного материала. В результате наблюдения за реакциями детей на животных и отношением к ним, нами были выделены

четыре типа реагирования: I – адекватные реакции ($\approx 65\%$); II – не вполне адекватные реакции ($\approx 23\%$); III – абсолютно неадекватные реакции ($\approx 7\%$); IV- неприятие животного (отсутствие реакции) ($\approx 5\%$).

Общение с животными снижает проявления агрессии, позитивно влияет на коммуникативность и эмоциональное состояние личности. Накопление агрессивности, в соединении с уменьшением коммуникативных связей, ограничением общения, недостатком позитивных эмоций, может вызвать появление негативных психических состояний и привести к невротизации личности. Общение с животными в процессе психокоррекции позволяет снизить порог агрессивности, что имеет важное психопрофилактическое значение.

Выводы. Психологическая коррекция на основе зоотерапии, благодаря тому, что взаимодействие организовывается опосредованно, через животных, помогает решить коммуникативно-личностные проблемы, создать позитивную мотивацию успеха, снизить проявление негативных форм поведения и немотивированной агрессии, расширить спектр проявления эмоций, предоставляет возможность снять психоэмоциональное напряжение, оптимизировать ожидания и направить активность.

Annotation

Fesenyuk NP, Magister of Psychology, PhD student of the Department of Psychology of the Private Joint-Stock Company “Higher Educational Institution “Interregional Academy of Personnel Management”; **Kolyadenko NV**, PhD, MD, Associate Professor, Head of the Department of Medical Psychology of the Private Joint-Stock Company “Higher Educational Institution “Interregional Academy of Personnel Management”; **Romanenko YeA**, PhD, Doctor of Science in Public Administration, Magister of Psychology, Professor, Honored Lawyer of Ukraine, Vice-Rector of Private Joint-Stock Company “Institute of Higher Education“ MAUP ”; **Zdorovenko NV**, Psychologist of the Special General School “Nadiya”;

Kyiv, Ukraine. **The impact of communication with animals on the mental state of children with neuropsychiatric diseases and visual impairments.**

Key words: zotherapy, psycho-correction, children with neuropsychiatric diseases, children with visual impairments, children with disabilities.

Formulation of the problem. The sources of scientific literature lack a clear classification and structure of negative mental states regarding the predominance or presence of their individual species in a given age period, the corresponding psychodiagnostic tools are insufficient, methods of psycho-correction of negative mental states remain insufficiently developed and theoretically justified. Among the recommendations of psychocorrectional interventions there is no method of animal therapy, this issue is not sufficiently developed and poorly covered in scientific sources, while the use of animal assistants for treatment and rehabilitation purposes is becoming increasingly popular and common throughout the world, which is also observed in Ukraine.

Formulating the purpose of the article: to justify zoopsychological mechanisms and evaluate the effectiveness of psychocorrectional effects of animals.

Presenting main material. As a result of monitoring the reactions of children in animals and their attitude towards them, we identified four types of response: I - adequate responses ($\approx 65\%$); II - not quite adequate reactions ($\approx 23\%$); III - absolutely inadequate reactions ($\approx 7\%$); IV - rejection of the animal (no reaction) ($\approx 5\%$).

Communication with animals reduces the manifestations of aggression, has a positive effect on communication and the emotional state of the individual. The accumulation of aggressiveness, combined with a decrease in communication links, limited communication, lack of positive emotions, can cause the appearance of negative mental states and lead to the neurotization of the individual.

Communication with animals in the process of psycho-correction reduces the threshold of aggressiveness, which is of great psycho-prophylactic importance.

Conclusions and perspectives of further research. Psychological correction based on zootherapy, due to the fact that interaction is organized indirectly through animals, helps to solve communicative and personal problems, create a positive motivation for success, reduce the manifestation of negative behaviors and unmotivated aggression, broaden the spectrum of emotions, provide an opportunity to relieve emotional tension waiting and directing activity.

Ключові слова: зоотерапія, психокорекція, діти з психоневрологічними захворюваннями, діти з вадами зору, діти з інвалідністю

Постановка проблеми. Світ людей та тварин нерозривно пов'язані між собою. Здавна люди не лише оточували себе живими істотами, а й міфологізували їх появу, наділяли тварин людськими емоціями та приписували їм надзвичайні здібності. Прислухаючись до філософів давнини, звернемося до певних висловів. Давньогрецький філософ Анаксагор називав людину найрозумнішою серед тварин. Сократ характеризував людину як найпрекраснішу тварину. Платон порівнював людину з домашньою твариною і вважав, що одна і та ж сама душа може тимчасово перебувати в тілах різних тварин та людей. Аристотель стверджував, що вивчення всіх організованих істот може бути узагальненим, в душі тварини бачив початкові форми функцій, притаманних людській душі, і порівнював душу дитини з душею вищих тварин. Люди ще в давнину розуміли терапевтичну цінність птахів та тварин. Та й саме життя людей завжди було тісно пов'язане з тваринами, зокрема зі свійськими [19].

Зоотерапія, або анімалотерапія (від лат. *animal* - тварина), є одним із видів психотерапії, що заснований на психокорекційному впливі тварин з метою поліпшення соціальних, емоційних або когнітивних функцій пацієнта. Сучасна анімалотерапія знаходиться на перетині кількох наукових галузей (зокрема: медична психологія, психофізіологія, зоопсихологія, психотерапія, медицина) і широко застосовується при депресії, тривожності,

роздратованості, напрузі з підвищенням м'язового тону, субклінічних порушеннях під час метеопатичних сезонних розладів та багатьох інших розладах і нозологіях [2, 6, 9, 13, 22, 23, 25, 28].

У наш час, коли спосіб життя людей все більше віддаляє їх від безпосереднього спілкування з природою і тваринним світом, які потерпають від деструктивного, нищівного антропогенного впливу, а стресогенні чинники сучасного урбаністичного середовища спричиняють невротизацію особистості та інші порушення психічного здоров'я, взаємодія людей і тварин набуває нового значення в прагненні до внутрішньої гармонії, психологічного здоров'я та розвитку, що й обумовлює актуальність теми дослідження [18].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Грунтовних психологічних досліджень, які б переконливо доводили ефективність зоотерапевтичних втручань, у науковій літературі є обмаль, хоча в останні роки таких публікацій стає все більше, зважаючи на актуальність даного питання.

Клінічний досвід лікарів і медичних психологів підтверджує, що психічні стани людини в значній мірі обумовлюють якість її життя та опірність захворюванням, їх урахування підвищує результативність лікувально-реабілітаційного процесу та ефективність профілактики захворювань серед населення [14].

Сьогодні людина розуміється як біопсихосоціальна істота, в єдності психічного та соматичного [8], і для пізнання цього суб'єктивного компоненту важливим є розуміння сутності людської психіки та свідомості, її онто- і філогенетичного розвитку.

Медицина і психологія складають нерозривне ціле [27, 28, 31]. Корекція психіки у процесі лікування хворого та психопрофілактики є важливим аспектом професійної діяльності медичних психологів. Поведінка і діяльність людини в будь-який проміжок часу залежать від того, які саме особливості психічних процесів і психічних властивостей особистості

виявляються протягом цього періоду, тобто від її психічного стану [15, 26]. Психічні стани, впливаючи на протікання психічних процесів, в разі частого повторення та набуття стійкості, можуть стати властивістю особистості [15, 16]. Розрізняють психічні стани, що характеризують афективну та вольову сфери психічної діяльності людини, і стани свідомості та уваги. Психічні стани кожної з цих груп мають спільні характеристики, що відображають їх найбільш типові, стрижневі особливості: «напруження-вирішення» для групи вольових станів, «задоволення-незадоволення» - для групи афективних станів та «сон-активація» для групи станів свідомості та уваги [14-16]. Загалом, класифікація станів ще не завершена і робота в цьому напрямі йде на рівні багатьох світових психологічних наукових шкіл. Тому найбільш інформативною формою вираження суті психічних станів служить опис окремих конкретних станів людини [14-16].

Психічні стани містять у собі, як правило, емоційний та вольовий компоненти. В медичній психології клініко-психологічне значення мають такі психічні стани людини, як втома, настрій, страх, стрес, афект, тривога, гнів, хвилювання, сором, радість тощо [1, 15, 16]. До негативних вольових станів відносять стани апатії, нудьги, нерішучості, невпевненості, байдужості, безнадійності, відсутності мотивації, втоми, пасивності тощо [1, 15, 16]. Найбільшу групу негативних психічних станів складають емоційні стани, серед яких вагоме місце посідають наступні: хвилювання, тривога, страх, паніка, гнів, афект, незадоволення, сум, горе, розпач, пригніченість, емоційна напруга, ненависть, фрустрація, агресія, депресія і т.п. [1, 15, 16]. Емоційні негативні стани мають вікові та індивідуальні особливості [14, 26, 31]. Емоційний компонент, будучи тією чи іншою мірою найбільш характерним для переважної більшості психічних станів, є базовим для розгортання всіх інших, в тому числі і негативних, психічних станів [14, 26, 31].

Симптоматичні прояви психічних станів втоми та перевтоми

детерміновані характером діяльності, індивідуальними особливостями людини та умовами середовища її існування, тому практична оцінка стану втоми повинна проводитися на основі врахування багатогранності змін окремих функцій та дієздатності людини [14-16, 31].

Настрій визначається як відносно тривалий, стійкий психічний стан помірної або слабкої інтенсивності, що виявляється як позитивний або негативний емоційний фон психічного життя індивіда [14-16]. Настрій, впливає на ставлення людини до свого оточення та істотно залежить від її фізичного стану: нездужання, сильне стомлення, недосипання пригнічує настрій, тоді як міцний сон, здоровий відпочинок, фізична бадьорість сприяють піднесеності настрою [14-16, 31].

Страх – це психічний стан, обумовлений емоційною реакцією на справжню чи уявну небезпеку, що може характеризуватися депресивними проявами, неспокоєм, нервуванням, прагненням вийти з неприємної ситуації. Страх заважає конструктивній діяльності, негативно впливає на когнітивні процеси, зокрема, сприймання, пам'ять, мислення та ін. [1, 14-16, 31].

Тривожний стан пов'язується з почуттям страху, пояснюється як гальмівний стан і свідчить про недостатню пристосованість до оточуючого, неспроможність швидко і адекватно реагувати на його зміну [1, 14-16, 31].

Хвилювання – поширений психічний стан людини, що характеризується синдромом підвищеного збудження, напруження і страху, та пов'язаний з негативними передчуттями людини. Стан хвилювання особливо виразно виявляється у дитячому та юнацькому віці [1. 14-16, 31].

Часті стресові ситуації змінюють психічні властивості особистості, яка стає більш сприйнятливою до негативних впливів [14-16, 27, 29, 31]. Істотні порушення психічної діяльності і здоров'я людини спостерігаються у випадках, коли вона не може вплинути на стресову ситуацію, відчуває себе приреченою. Однією з форм стресу є фрустрація - емоційний стан, що виникає внаслідок непереборної перешкоди на шляху до задоволення

потреби. Фрустрація веде до змін в поведінці особистості, таких реакцій як агресія або депресія [29].

Спокій - стан психофізіологічної і психічної рівноваги, що настає внаслідок зняття психологічної напруги або тоді, коли обставини, життєва ситуація особистості повністю її задовольняють. Людині в стані спокою притаманні рівновага активності та реактивності, перевага свідомості над почуттям, зріла вразливість, емоційна витримка [14-16].

Радість є психічним станом позитивно забарвленої емоційної піднесеності. Почуття радості може обумовлюватися видом діяльності - радість пізнання, радість творчості, а також радість спілкування з приємними людьми. В дитячому віці радість може виникати і без достатньої, на перший погляд, причини [14-16].

Агресія – це емоційний стан, що характеризується імпульсивною поведінкою, афективними переживаннями гніву, злості, прагненням заподіяти іншому травму (фізичну чи моральну); це вмотивована деструктивна поведінка, яка суперечить нормам і правилам поведінки людей у суспільстві та завдає шкоди об'єктам нападу. В залежності від способу поведінки у фрустраційній чи конфліктній ситуації, виділяють вербальну, фізичну та опосередковану види агресії [1, 14-16, 24]. Стан агресії, в залежності від його негативних наслідків, часто може трансформуватися в інші, також переважно негативні, психічні стани [1, 24].

Стан депресії – це негативний психічний стан, центральною ланкою якого є знижений настрій різноманітних відтінків (пригніченість, нудьга, туга, тривога), що поєднується зі зниженням життєвого тону, низькою самооцінкою, уповільненням темпу більшості пізнавальних процесів, руховим збідненням [1, 14-16]. У дітей приховані депресивні стани, крім соматичних симптомів, також можуть проявлятися через погіршення успішності [14-16, 31].

Апатія - індиферентність, інертність, байдужість, відсутність інтересу до зовнішніх явищ і подій, що може продукувати інші негативні явища в

емоційній сфері, збіднює спектр емоційних проявів характеризується істотним зниженням настрою (що засвідчує його зв'язок із депресією), емоційного тону, проявами песимізму в світосприйнятті тощо [1, 14-16].

Психічний стан пасивності свідчить про слабкість процесів збудження та гальмування, відноситься до групи вольових станів та має негативні наслідки, що деструктивно впливають на практичну діяльність особистості. Стан астенії характеризується ослабленістю психічних потенціалів особистості, підвищеною втомлюваністю, істотними змінами в емоційній сфері. На фоні стану астенії відбуваються зміни і у вольовій та поведінковій сферах, з'являються стани нерішучості, байдужості та пасивності [14-16].

Відомо що свійські тварини вгадують настрій господарів, підлаштовуються під них, а отже, впливають на психоемоційний стан людини [6, 10, 25, 30]. Хоча люди спостерігали та використовували це здавна, проте дослідження впливу тварин на психоемоційні стани людини проводилося недостатньо. За визначенням видатного етолога Л. В. Крушинського, мислення або розумова діяльність – це здатність тварини вловлювати емпіричні закони, що пов'язують предмети та явища зовнішнього світу, оперувати цими законами в новій для неї ситуації для побудови адаптивного поведінкового акту [21].

Фахівці розрізняють діяльність за участю тварин і терапію за участю тварин (таблиця 1.) [30].

Діяльність за участю тварин може бути пасивною або активною. Як приклад першої, можна навести спостереження за тваринами в їх природному середовищі існування. При цьому хворі люди не контактують безпосередньо з тваринами, а отримують відчутну користь для здоров'я просто від їх присутності - наприклад, якщо в реабілітаційних палатах для людей похилого віку є клітини з птахами, то рівень депресії у них знижується. Спілкування з природою, «розчинення в ній» також відноситься до цієї форми спілкування з тваринами. При активній діяльності за участі тварин, пацієнти грають з ними або за ними доглядають [6, 11, 13, 19, 22].

Види взаємодії людини із тваринами
(за А.В. Суботіним, Л.Л. Ращевською)

Види взаємодії	Зміст взаємодії
Пасивна діяльність за участю тварин	Терапевтичний ефект досягається шляхом спостереження за тваринами в штучному або природному середовищі існування (рибки в акваріумі, різні види тераріумів, тварини у вольєрах, відвідування природних парків)
Активна діяльність за участю тварин	Терапевтичний ефект досягається шляхом здійснення активних дій, у які залучені тварини (гра з тваринами, догляд за тваринами тощо)
Терапія за участю тварин	Терапевтичний ефект досягається через активну взаємодію людини із твариною як рівноправних партнерів (тварина є включеною в процес, своєрідним «лікарем»)

Терапія за участю тварин є цілеспрямованим втручанням, при якому тварина є повноправним учасником лікувального процесу, від неї багато в чому залежить терапевтичний ефект. Для такої терапії потрібні не тільки спеціально підготовлені тварини, а й особливо навчений персонал. В ідеалі в ній беруть участь тренер або дресирувальник, лікар і психолог [6, 9, 13]. Лікувальні фактори зоотерапії обумовлені її впливом на канали сприйняття.

В джерелах наукової літератури відсутня чітка класифікація та структура негативних психічних станів щодо переважання чи наявності їх окремих видів в тому чи іншому віковому періоді, є недостатнім відповідний психодіагностичний інструментарій, залишаються недостатньо розробленими і теоретично обґрунтованими методики психокорекції негативних психічних станів. Серед рекомендацій психокорекційних втручань немає методики анімалотерапії, дане питання взагалі недостатньо розроблене та мало висвітлене в наукових джерелах, в той час як у всьому світі використання тварин-асистентів з лікувально-реабілітаційною метою стає все більш популярним і поширеним, що спостерігається також і в Україні [2, 4, 6].

Методологічною основою дослідження є цілісне розуміння людини як біопсихосоціальної істоти, яка має тілесний, душевний і духовний рівні розвитку та еволюційно поєднана з тваринним світом, засноване на працях І. П. Павлова, В. О. Вагнера, О. М. Леонтьєва, К. Е. Фабрі, С. Л. Крушинського, Н. М. Ладигіної-Котс, В. Ф. Войно-Ясенецького (Св. Луки Кримського), Г. Т. Терешкевич (с. Діогени) та інших науковців, теоретичні підходи до розуміння психічних процесів, станів, властивостей особистості, наукові положення щодо співвідношення біологічного та соціального у психіці людини Л. С. Виготського, Г. С. Костюка; генетичний підхід до дослідження емоційно–почуттєвої сфери, який представлений у працях В. К. Вілюнаса, М. Д. Левітова, С. Д. Максименка та ін.; негативних психічних станів - О. І. Захарова, А. М. Прихожан, А. С. Співаковської та ін.; теоретичні аспекти психокорекційної роботи, розроблені П. В. Лушиним, О. Ф. Бондаренко та ін. [7, 12, 15, 20, 26-31].

Формулювання мети статті: обґрунтувати зоопсихологічні механізми та визначити ефективність психокорекційного впливу тварин.

Виклад основного матеріалу. Методами дослідження є: теоретико-аналітичний, медико-статистичний, психодіагностичний, клініко-патофизиологічний, систематизацій, теоретичного моделювання. Відповідно використовувалися наступні методики дослідження: психодіагностичні (тест САН (Самопочуття, Активність, Настрій), самооцінка психічних станів Г. Айзенка, колірний тест Люшера, тест руки Вагнера (діагностика агресивності), Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів, проективна методика «Фізіономічний тест Куніна»), статистичної обробки та аналізу результатів (t-критерій Стюдента для пов'язаних і незалежних сукупностей, кореляційний аналіз) [3, 5, 17].

Матеріал дослідження – діти з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями та вадами зору.

Діти з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями в кількості 62 особи (експериментальна група І) були відібрані рандомізованим

чином з 420 учнів СЗШ «Надія» м. Києва. Із дітей з вадами зору, які навчаються в спеціальному інтернаті № 5 м. Києва, для участі в дослідженні рандомізованим чином було відібрано 37 осіб (експериментальна група II).

Обидві групи були співставні за віком, статтю та інтелектуальним розвитком, відрізнялися симптоматикою основного захворювання. Серед 37 осіб із вадами зору, лише 2 дітей були слабкозорими, вони бачили оточуючі предмети у вигляді неясних тіней. Інші 35 досліджуваних дітей цієї групи були повністю сліпі від народження. В іншому, їх фізичний і розумовий розвиток відповідали віковій нормі. Учні ж спеціальної загальноосвітньої школи «Надія», навпаки, проблем із органами сприймання не мали, однак у деяких із них (6 осіб) сприймання оточуючого світу було порушене через наявність продуктивної симптоматики в структурі основного захворювання (слухові та зорові галюцинації), втім, на момент дослідження ці діти знаходилися в стані ремісії та не виявляли даної симптоматики. Також серед досліджуваних дітей – учнів СЗШ «Надія» було 17 осіб із важкими розладами моторики, вони хворі на ДЦП та пересуваються на інвалідних візочках. Серед досліджуваних учнів СЗШ «Надія» були також діти з гіперактивністю, симптомами аутизму, судомними нападами, депресивним синдромом, соціалізованими та не соціалізованими розладами поведінки.

Психокорекційна програма за участі тварин-асистентів організовується в тісній співпраці лікарів, психологів та зоотерапевтів. Провідною метою психокорекційної програми за участі тварин є корекція психоемоційної і вольової сфер особистості [2, 6, 9, 12, 13, 22, 23, 28]. Невід’ємною складовою кожного заняття є елементи рефлексії та обов’язковий зворотний зв’язок, який необхідно сформулювати також і для тварини-терапевта, отримати від неї відгук, зрозуміти її переживання [10, 12, 19, 30].

Планування роботи по взаємодії «дитина-тварина» враховувало чотири послідовні ланки, що представлено в таблиці 2.

В результаті спостереження за реакціями дітей на тварин і ставленням до них, нами було виокремлено чотири типи реагування (відсоткові

співвідношення вираховані на основі реакцій на тварин досліджуваних дітей із інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями,- учнів СЗОШ «Надія»):

I – адекватні реакції ($\approx 65\%$);

II – не зовсім адекватні реакції ($\approx 23\%$);

III – зовсім неадекватні реакції ($\approx 7\%$);

IV- несприйняття тварини (відсутність реакції) ($\approx 5\%$).

Таблиця 2.

Планування роботи по взаємодії «дитина-тварина»

№ з/п	Ланка	Вплив
1.	Контакт	Візуальний
		Аудіальний
		Кінестетичний
2.	Відношення	Сприйняття дитиною тварини
3.	Дії	Реакція дитини на певну тварину
4.	Результат контакту	Психокорекція негативних психічних станів
		Позитивні емоції

Адекватна реакція виявлялася в розумінні дитини, що перед нею жива істота, в якій є свої потреби, вподобання, характер та реакції на подразники. Дитина усвідомлює необхідність поваги до тварини, а також різницю між своїми потребами (бажаннями) та потребами конкретної тварини.

Не зовсім адекватне сприйняття дитиною тварини характеризувалося тим, що: дитина вирізняє тварин «технічно» (використовуючи підхід «жива-нежива природа»); здогадується, що тварина має власні потреби, але ігнорує їх на користь своїх власних потреб і бажань; дитина не усвідомлює, що тварина, як жива істота, може втомитися або отримати травму в процесі гри; дитина сприймає спілкування з твариною як можливість отримати задоволення від гри, ставиться до тварини як до нової інтерактивної іграшки (тобто, задовольняє власні потреби).

При неадекватному сприйнятті, дитина не сприймає тварину як живу істоту, ставиться до неї як до рухливого механізму або до іграшки, при цьому до тварини можуть виявлятися негативні емоції з відповідними реакціями (діями).

При відсутності реакції на тварину, дитина не вирізняє її з-поміж інших об'єктів, однаково ставиться до об'єктів живої та неживої природи, при цьому вирізняє тварин на малюнках – однак не звертає уваги на живу тварину поруч, виявляючи суто технічне розуміння.

Факторами впливу на результат контакту «дитина-тварина» з боку тварини можна зазначити такі, як: теплокровність/холоднокровність, розмір, темперамент, характер та ін.

З боку дитини, на результат контакту з твариною можуть впливати: стан фізичного і психічного здоров'я, особистісні особливості (характер, темперамент, акцентуації), рівень інтелектуального розвитку тощо.

Відповідно, психокорекційні заходи були ефективними лише для тих дітей, яких можна віднести до I та II типів реагування на тварину. Діти III та IV типів не виявили бажання повторної зустрічі з тваринами.

В групі дітей I типу реагування спостерігалось підвищення емоційного фону, поліпшення настрою, збільшення навчального інтересу, спричиненого зацікавленістю та бажаннями дізнатися більше про тварин (конкретних і в цілому) – про їх спосіб життя, сезонні зміни в поведінці, вплив умов життєвого середовища (природного та штучного), співіснування з іншими тваринами тощо. В групі дітей II типу реагування відмічалось: зниження егоцентризму (переключення локусу уваги з внутрішнього на зовнішній – з власних потреб на потреби тварин); зниження рівня гіперактивності, завдяки збільшенню рівня уваги (спостереження за поведінкою тварин); стриманість у поведінці; виникнення поваги до тварин як до живих істот; поява інтересу до життя тварин.

Далі представлені результати психодіагностичного дослідження психічних станів до та після психокорекції за участі тварин-асистентів, де

експериментальна група I – діти з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями, експериментальна група II – діти з вадами зору (незрячі).

Проведені дослідження за методикою САН (Самопочуття, Активність, Настрій) показало нормалізацію показників психічних станів респондентів за всіма шкалами опитувальника (таблиця 3.).

На початку дослідження, в дітей із інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями та з порушеннями зору спостерігалось певне зниження показників самопочуття, активності та настрою, причому якщо в дітей із психоневрологічними захворюваннями меншими були показники самопочуття та настрою, незрячі діти виявляли порівняно меншу активність, тоді як показники самопочуття та настрою, хоч і були нижчими за середньостатистичну норму, виявилися дещо кращими від таких у дітей з психоневрологічними захворюваннями.

Таблиця 3.

Показники самопочуття, активності та настрою (методика САН) у дітей з інвалідизуючими захворюваннями до та після зоотерапевтичної психокорекції

Експериментальна група	f	P	Середні показники за шкалами САН								
			Самопочуття			Активність			Настрій		
			До психокорекції	Після психокорекції	t-критерій Стьюдента для пов'язаних сукупностей	До психокорекції	Після психокорекції	t-критерій Стьюдента для пов'язаних сукупностей	До психокорекції	Після психокорекції	t-критерій Стьюдента для пов'язаних сукупностей
I	60	<0,05	4,3	5,2	tспост>tкрит	4,8	5,1	tспост>tкрит	4,2	5,5	tспост>tкрит
II	35		4,6	5,3	tспост>tкрит	4,0	5,2	tспост>tкрит	4,6	6,4	tспост>tкрит

Після проведеної зоотерапевтичної корекції за участі тварин, в досліджуваних дітей відбулося покращення самопочуття, активності та настрою, показники за всіма шкалами тесту нормалізувалися до меж середньостатистичної норми, крім показника настрою в незрячих дітей, який підвищився більш істотно, та перевищив середньостатистичний.

В таблиці 4. представлені результати виявлення негативних психічних станів особистості в досліджуваних за тестом Г. Айзенка та їх динаміка після зоотерапевтичної психокорекції.

Як видно з даної таблиці, дітям із психоневрологічними захворюваннями притаманні такі негативні психічні стани, як тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність. Після психокорекційного спілкування з тваринами, показники за всіма 4 шкалами тесту самооцінки психічних станів статистично значимо ($t_{\text{пост}} > t_{\text{крит}}$) змінилися в бік нормалізації: якщо до психокорекції вони мали високі значення, то після спілкування з тваринами знизилися до середніх цифр. В даній досліджуваній групі найбільше методика зоотерапевтичної психокорекції вплинула на негативні психічні стани фрустрації та агресії.

Таблиця 4.

Показники самооцінки психічних станів досліджуваних дітей за методикою Г. Айзенка до та після зоотерапевтичної психокорекції

Показники психічних станів (середні значення)		Тривожність		Фрустрація		Агресивність		Ригідність	
		до	Після	до	після	до	після	до	Після
Експериментальна група	I	16,3	10,2	17,9	9,1	19,2	9,4	18,0	11,8
	II	17,1	9,0	18,8	11,7	16,6	8,4	17,0	9,2
t-критерій Стьюдента для пов'язаних сукупностей		$t_{\text{пост}} > t_{\text{крит}}$							

В групі незрячих дітей, більш вираженими були такі негативні психічні стани, як фрустрація та тривожність. Агресивність, яку виявляли ці діти, мала захисний характер. Після спілкування з тваринами, показники цих негативних психічних станів істотно змінилися в бік нормалізації.

Що стосується ригідності, то в незрячих дітей, у яких виявлено високі показники за даною шкалою тесту, вона мала захисний характер, тому після психокорекційного спілкування з тваринами, коли були подолані негативні психічні стани тривоги та фрустрації, показник ригідності істотно знизився, а

от у групі дітей із інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями ригідність визначається не лише як негативний психічний стан, а як патопсихологічний симптом, притаманний основному захворюванню, тому в даній досліджуваній групі показник ригідності, хоч і знизився від високих до середніх параметрів, однак не настільки значимо. Таким чином, психокорекція за участі тварин-асистентів може використовуватися не лише як лікувально-реабілітаційний, а й як психопрофілактичний засіб, сприяючи нормалізації психічних станів особистості.

Статистично достовірну різницю в настрої досліджуваних дітей із психоневрологічними захворюваннями та незрячих дітей до та після занять із тваринами було виявлено за допомогою фізіономічного тесту Куніна (таблиця 5.).

Таблиця 5.

Динаміка психоемоційних станів досліджуваних дітей в процесі зоотерапевтичної психокорекції (тест Куніна)

Настрій	Експериментальна група							
	I				II			
	До психокорекції		Після психокорекції		До психокорекції		Після психокорекції	
	абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%
Дуже поганий	0	0	0	0	0	0	0	0
Поганий	4	6,5	0	0	0	0	0	0
Знижений	23	37,1	7	11,4	12	32,4	2	5,4
Спокійний, врівноважений	17	27,4	19	30,6	25	67,6	18	48,7
Гарний, бадьорий	16	25,8	27	43,5	0	0	13	35,1
Дуже гарний	2	3,2	9	14,5	0	0	4	10,8
Всього	62	100	62	100	37	100	37	100
t-критерій Стьюдента для пов'язаних сукупностей	f=61 tkрит=2,000 tспост=13,761 tспост>tkрит				f=36 tkрит=2,028 tспост=8,357 tспост>tkрит			

При початковому тестуванні, 23 (37,1%) із 62 досліджуваних дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями охарактеризували

свій настрій як знижений, і 4 (6,5%) дитини – як поганий, в 17 (27,4%) дітей спостерігався спокійний настрій, в 16 (25,8%) – гарний (впевненість у собі, задоволення), і лише 2 (3,2%) із 62 досліджуваних дітей оцінили свій настрій як дуже гарний (оптимістичність, відчуття щастя, доброзичливість). Після проведення занять із тваринами, лише у 7 (11,4%) досліджуваних дітей настрій залишався зниженим, 19 (30,6%) визначили свій настрій як спокійний, гарним назвали свій настрій 27 (43,5%) дітей, а дуже гарним – 9 (14,5%). Тобто, було зафіксовано істотний психокорекційний вплив спілкування з тваринами в умовах зоопарку на настрій дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями.

У незрячих дітей, перш ніж проводити дослідження за даною проективною методикою, було розроблено та апробовано спеціальний стимульний матеріал, що дозволяє сприймати тестові малюнки тактильно. Було змодельовано два варіанти об'ємних зображень облич, із яких з тестовою метою використаний той, результати якого корелювали із такими в осіб із нормальним зором. В процесі розробки стимульного матеріалу було з'ясовано, що незрячі діти не уявляють реальні мімічні вирази облич, їм важко співвіднести настрій людини з його мімічними проявами. Тому було проведено декілька роз'яснювальних занять, і фактично, досліджувані діти стали співавторами розробленого стимульного матеріалу до даного тесту.

В незрячих дітей, до психокорекції спостерігався переважно спокійний настрій (25 осіб, або 67,6%), а 12 осіб (32,4%) охарактеризували свій настрій як знижений. На відміну від дітей із психоневрологічними захворюваннями, незрячі діти не надавали своєму настрою полярних характеристик (поганий або дуже поганий – гарний або дуже гарний).

Покращення настрою в досліджуваних дітей напряму пов'язане із застосуванням психокорекції за участі тварин, результати розрахунків статистично значимі. В усіх досліджуваних групах кореляційний зв'язок між психокорекційним втручанням і покращенням настрою виявився прямим, сила зв'язку висока, залежність ознак статистично значима. За критерієм

Стьюдента, покращення психічного стану після психокорекції в усіх досліджуваних групах є статистично значимим.

Результати психодіагностики агресивності за тестом руки Вагнера, що проводився в усіх досліджуваних дітей до та після психокорекції із залученням тварин-асистентів, представлені в таблиці 5.

Найнижчий рівень агресії спостерігався в незрячих дітей (яким тест Вагнера пропонували за допомогою об'ємних зображень руки). Втім, у даного контингенту досліджуваних розцінювати результати за тестом Вагнера слід з обережністю, тому що вони не бачать рук, а, отже, не користуються жестовою комунікацією на практиці. Водночас, досліджувані розуміли надані інструкції та могли співставити стимульний матеріал руки певної форми з відповідним психічним станом.

Таблиця 5.

Показники агресивності досліджуваних дітей за тестом руки Вагнера в динаміці до та після зоотерапевтичної психокорекції

Шкала	Експериментальна група			
	I		II	
	До	Після	До	Після
А	3	2	3	1
У	4	2	1	1
С	4	2	2	1
Е	1	3	3	4
К	1	3	1	3
З	4	3	2	3
Д	3	2	0	1
ІВ	4	2	1	0
АБ	0	1	0	2
ПБ	2	2	3	3
Сумарний бал агресивності	-3	-7	-4	-8

Діти з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями показали більш високий рівень агресії, ніж діти з вадами зору, однак все-таки зі знаком мінус. На зменшення показника агресії в даній групі вплинув високий показник залежності, тим більше що діти з вадами моторики,

розуміючи жестову мову, самі її використовувати нездатні, так само їм складно користуватися власною рукою для виконання різноманітних дій, насамперед пов'язаних із мілкою моторикою.

Після психокорекційних занять за участі тварин, сумарний бал агресивності знизився в обох досліджуваних групах, причому в групі дітей з інвалідизуючими психоневрологічними захворюваннями він знизився більше ніж в 3 рази, в групі незрячих дітей – в два рази порівняно з таким на початку дослідження. Таким чином, як можна з'ясувати на основі даного тесту, спілкування з тваринами знижує прояви агресії, позитивно впливає на комунікативність та емоційний стан особистості. Накопичення агресивності, в поєднанні зі зниженням комунікативних зв'язків, обмеженням спілкування, нестачею позитивних емоцій, може спричинити виникнення негативних психічних станів та призвести до невротизації особистості. Спілкування ж із тваринами в процесі психокорекції, дозволяє знизити поріг агресивності, що має важливе психопрофілактичне значення.

Висновки. В джерелах наукової літератури відсутня чітка класифікація та структура негативних психічних станів щодо переважання чи наявності їх окремих видів в тому чи іншому віковому періоді, є недостатнім відповідний психодіагностичний інструментарій, залишаються недостатньо розробленими і теоретично обґрунтованими методики психокорекції негативних психічних станів. Серед рекомендацій психокорекційних втручань немає методики анімалотерапії, дане питання взагалі недостатньо розроблене та мало висвітлене в наукових джерелах, в той час як у всьому світі використання тварин-асистентів з лікувально-реабілітаційною метою стає все більш популярним і поширеним, що спостерігається також і в Україні.

В результаті спостереження за реакціями дітей на тварин і ставленням до них, нами було виокремлено чотири типи реагування: I – адекватні реакції; II – не зовсім адекватні реакції; III – зовсім неадекватні реакції; IV- несприйняття тварини (відсутність реакції).

Спілкування з тваринами знижує прояви агресії, позитивно впливає на комунікативність та емоційний стан особистості, і може бути використане як з лікувальною метою, спрямованою на корекцію негативних психічних станів, так і з психопрофілактичною метою.

Психологічна корекція саме на основі зоотерапії, завдяки тому, що взаємодія організовується опосередковано, через тварин, допомагає вирішити комунікативно-особистісні проблеми, створити позитивну мотивацію успіху, знизити прояви негативних форм поведінки та невмотивованої агресії, розширити спектр виявлення емоцій, надає можливість зняти психоемоційне напруження, оптимізувати очікування та спрямувати активність.

Зоотерапія спричиняє ефект позитивного здоров'я, що проявляється через активну взаємодію з твариною та прийняття людиною на себе відповідальності за турботу про неї. Це призводить не до припинення негативного психічного стану болю (тілесного чи душевного), а до вироблення пристосувальних механізмів, необхідних для того, щоб бути успішним і долати труднощі.

Автори статті висловлюють подяку колективу Київського міського зоологічного парку загальнодержавного значення, зокрема, Харькову С. В., Кардоновій В. Г., Савон Є. Є., Сидоренко І. В., Кіхно І. М., за ініціацію проекту, сприяння організації досліджень та активну участь у їх проведенні.

Список використаних джерел

1. Алексєєва Л. С. Наслідки страху, тривоги та гніву / Л. С. Алексєєва// Директор школи, 2000. № 6. С. 71–80.
2. Анцупова І. І..Анімалотерапія / І. І. Анцупова //Навколо світу.- N12 (2795).- 2006.
3. Банержі А. Медична статистика зрозумілою мовою: вступний курс / А. Банержі. – М. : Практична медицина, 2007. – 287 с.

4. Вайолет Оклендер. Вікна в світ дитини. Керівництво з дитячої психотерапії / Вайолет Оклендер.- М.: «Клас», 2001.- 336 с.
5. Венгер А. Л. Психологічні малюнкові тести / А. Л. Венгер. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 160 с.
6. Верьовкіна О. В. Анімалотерапія як інноваційний та перспективний метод психологічної роботи / О.В. Верьовкіна // Електронний ресурс.– режим доступу: <http://apriori-journal.ru/journal-gumanitarnie-nauki/id/1648>
7. Виготський Л. С. Вибрані психологічні дослідження / Виготський Л. С.- М.: 1956.- 520 с.
8. Гиляровський В. А. Про взаємодії соматичного та психічного в медицині / В. А. Гиляровський // Лікарська справа.- 1947.- №8.- С. 625-632.
9. Давидова Г. Б. Зоотерапія, як метод у комплексній реабілітації дітей з обмеженими можливостями на базі Єгор'євського реабілітаційного центру «Єгорка»: Комплексна програма реабілітації з екотерапії «Від екології природи до екології душі» / Давидова Г. Б., Маслова Ю. К., Большакова М. А.- М., 2011 [Електронний ресурс].- режим доступу: <https://socsp.ru/data/docs/programma-dlya-detey-s-ogranichennymi-vozmognostyami-rebyatam-o-zveryatah.docx>).
10. Данілкина О. П. Фізіологія стресу тварин / О. П. Данілкина; Краснояр. держ. аграр. ун-т. – Красноярськ, 2016. – 32 с.
11. Дорошина К. М. Психосоціальна діяльність зоопарків / Дорошина К. М., Коваленко В. Х., Фесенюк Н. П. // Академічна студія: щоквартальний науковий часопис СНТ «GAUDEAMUS» ПрАТ «ВНЗ «МАУП».- 2018.- №3.- С. 155-159.
12. Дубровкін Є. В. Методика проведення виїзних лекцій для дітей - інвалідів / Є. В. Дубровкін // Науково-просвітницька робота в зоопарках. - 2002. - Вип. 1. - С. 144 - 145.
13. Зоотерапія та її використання на практиці [Електронний ресурс].- режим доступу: <https://studbooks.net/1614801/psihologiya/zaklyuchenie>

14. Ігумнова О. Б. Особливості психічних станів та їх діагностики / О. Б. Ігумнова // Проблеми загальної та педагогічної психології: Зб.наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України [гол. ред. Максименко С. Д.] – Т. XI, ч. 4. – К., 2009. – С. 139–149.

15. Ігумнова О. Б. Негативні психічні стани як перешкода самоактуалізації особистості / О. Б. Ігумнова // Освітньо-наукове забезпечення діяльності правоохоронних органів України: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конфер. Серія : Психолого-педагогічні й філологічні науки (Хмельницький, 14 листопада 2008 р.). – Хмельницький : НАДПСУ, 2008. – С. 94–95.

16. Ігумнова О. Б. Вплив особистісних властивостей на формування негативних психічних станів особистості / О. Б. Ігумнова // Деструктивні емоційні стани учнів: проблеми теорії та практики : зб. матер. міжобласної наук.-практ. конфер. (Вінниця, 18–19 грудня 2009 р.) [заг. ред. С. М. Томчук].–Вінниця: ВОПОПП, 2010. – С. 30–33.

17. Карелін А. А. Психологічні тести: в 2-х т. [ред. Карелін А. А.]. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 248 с.

18. Климова Т. В. Проблема екологічного виховання в умовах екологічної кризи/Т.В. Климова//Успіхи сучасного природознавства.– 2004.– № 3.– С. 66.

19. Коляденко Н. В. Зоопсихологія: Підручник / Н. В. Коляденко.- К.: МАУП, 2019.- 530 с.

20. Корсакова Т. А. Розвиток чуттів за допомогою зоотерапії (з досвіду праці в ЦРТДіЮ) / Т. А. Корсакова // Зб. наук. Праць за мат. міжнар. наук.-практ. конф. «Наука і освіта в ХХІ ст.». – Тамбов, 2013. – Ч.18. – С. 78-79.

21. Крушинський Л. В. Вступ в етологію та генетику поведінки / Крушинський Л.В.,Зоріна З.А.,Полетаєва Л.И., Романова Л.Л.-М.,1983.-174 с.

22. Лавринова М. Зоотерапія та її застосування в практиці психолога / М. Лавринова // [Електронний ресурс].- режим доступу: <http://www.allbest.ru/>

23. Литвиненко О. Л. Використання методів зоотерапії при роботі з дітьми-інвалідами / О. Л. Литвиненко // Методична розробка. – Самара, МОУ ДОД ЦДТ «Ирбис», 2010. – 9 с.
24. Лоренц К. Агресія (так зване зло) [пер. з англ.] / Лоренц К.- М.: Прогрес Універс, 1994.- 272 с.
25. Макарова Н. М. Технології гардено- та зоотерапії в процесі соціальної реабілітації дітей з порушеннями опорно-рухового апарату / Н. М. Макарова // Корекційна педагогіка. – 2013. – № 2. – С. 62-69.
26. Максименко С. Емоційний розвиток дитини / С. Максименко, К. Максименко, О. Главник.– К.: Мікрос-СВС, 2003. – 112 с.
27. Поняття норми і патології, психічного здоров'я та психічної хвороби / Електронний ресурс.- режим доступу: <https://studfiles.net/preview/5643737/page:10/>.
28. Подолати хворобу: Психотерапія – зоотерапія – лікування за допомогою тварин [Електронний ресурс].- режим доступу: <http://www.mindlabyrinth.ru/additional/illwin/detail.php?sid=75&pid=961>
29. Сельє Г. Стрес без дістресу [пер. с англ.] / Сельє Г. – М.: Прогрес, 1982.- 124 с.
30. Субботін А. В. Лікувальна кінологія. Теоретичні підходи та практична реалізація/А.В. Субботін, Л.Л. Ращевська.-М.:Вид-во «Макцентр», 2004.-71 с.
31. Томчук С. М. Генеза негативних психічних станів молодших школярів та їх корекція / Томчук С. М. // Актуальні проблеми психології: Зб. наук. праць ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Серія: Екологічна психологія. – К.: Міленіум, 2005, Т.7. Вип. 6. – С. 372-380.

References

1. Alexeeva, L. S., (2000), “Consequences of fear, anxiety and anger”, *Director of school*, vol. 6, pp. 71–80.
2. Antsupova, I. I. (2006), “Animalotherapy”, *Navkolo svitu*, vol. 12(2795).

3. Banerzhi, A. (2007), *Medichna statystykazrozumiloiu movoiu: vstupnyi kurs* [Medical statistics in clear language: introductory course], Practical Medicine, Moscow, Ru.
4. Violet Aucklander, (2001), *Vikna v svit dytyny. Kerivnytstvo z dytiachoi psykhoterapii*, [Windows in the world of a child. Manual on Pediatric Psychotherapy], Clas, Moscow, Ru.
5. Wenger, A. L. (2003), *Psykhologichni maliunkovi testy*, [Psychological Drawings] ,VLADOS,Moscow, Ru.
6. Ver'ovkina, O. V. *Animaloterapiia iak innovatsijnyi ta perspektyvnyi metod psykhologichnoi roboty*, [Animalotherapy as an innovative and perspective method of psychological work], [Online], available at: <http://apriori-journal.ru/journal-gumanitarnie-nauki/id/1648>
7. Vygotsky, L. S. (1956), *Vybrani psykhologichni doslidzennia*, [Selected psychological research], Moscow, Ru.
8. Gilyarovskiy, V.A. (1947), "About the interaction of somatic and mental in medicine", *Likars'ka sprava*, vol. 8, pp. 625-632.
9. Davydova, G. B. Maslova, Yu. K. and Bolshakova, M. A. (2011), "Zoo as a method of complex rehabilitation of children with disabilities on the basis of Egorjevsk rehabilitation center "Yegorka": Integrated program of rehabilitation from ecotherapy "From the ecology of nature to the ecology of the soul", [Online], available at: <https://socsp.ru/data/docs/program-dlya-detey-s-ogranichennymi-vozmognostyami-rebyatam-o-zveryatah.docx>.
10. Danilkina, O. P. (2016), *Fyziolohiia stresu tvaryn* [Physiology of Animal Stress], Krasnoyarsk. agrar un, Krasnoyarsk, Ru.
11. Doroshina, K. M. Kovalenko, V. H. Fesennyuk, N. P. (2018), "Psychosocial activity of zoos", *Academichna stidiia: schokvartal'nyi naukovyi chasopys SNT "GAUDEAMUS"*, PrAT "VNZ "MAUP", vol. 3, pp. 155-159.
12. Dubrovkin, Y.V. (2002), "Methodology of conducting on-site lectures for children-invalids", *Naukovo-prosvitnyts'ka robota v zooparkakh*, vol. 1, pp. 144 - 145.

13. Zoology and its use in practice [Online], available at: <https://studbooks.net/1614801/psihologiya/zaklyuchenie>

14. Igumnova, O. B. (2009), " Peculiarities of mental states and their diagnostics", *Problemy zahal'noi ta pedahohichnoi psikhologii: Zb.nauc. prats' Institutu psikhologii im.H.S. Kostiuka APN Ukrainy [hol. red. Maksymenko S. D.]*, vol. XI, part 4, pp. 139-149.

15. Igumnova, O. B. (2008), "Negative mental states as an obstacle to the self-actualization of personality", *Osvitn'o-naukove zabezpechennia diial'nosti pravookhoronnykh orhaniv Ukrainy: materialy Vseukrains'koi nauk.-prakt. konfer. Seriia : Psikhologo-pedahohichni j filolohichni nauky (Khmel'nyts'kyj, 14 lystopada 2008 r.)*, NADPSU, Khmelnytsky, pp. 94-95.

16. Igumnova, O. B. (2010), "Influence of personality traits on the formation of negative psychic states of personality", *Destruktyvni emotsijni stany uchniv: problemy teorii ta praktyky : zb. mater. mizhoblasnoi nauk.-prakt. konfer. (Vinnytsia, 18–19 hrudnia 2009 r.) [zah. red. S. M. Tomchuk]*, VOIPOP, Vinnitsa, pp. 30-33.

17. Karelin, A. A. (2003), *Psikhologichni testy: v 2-kh t.* [Psychological tests: in 2 t.], VLADOS, Moscow, Ru.

18. Klimova, T. V. (2004), "The problem of environmental education in the context of the ecological crisis", *Uspikhy suchasnoho pryrodoznavstva*, vol. 3, pp. 66.

19. Koliadenko, N. V. (2018), *Zoopsykhohihiia ta porivnyalna psikhohihiia: Pidruchnyk* [Zoopsychology: Textbook], MAUP, Kyiv, Ua.

20. Korsakova, T. A. (2013), "Development of senses with the help of zootherapy (from the experience of work in the CSTDiU)", *Zb. nauk. Prats' za mat. mizhnar. nauk.-prakt. konf. "Nauka i osvita v KhKhl st, Tambov, 2013"*, vol. 18, pp. 78-79.

21. Krushinskiy, L. V. Zorina, Z. A. Poletayeva, L. I. and Romanova, L. L., *Vstup v etolohiiu ta henetyku povedinky* [Introduction to Ethology and Genetics of Behavior]. Moscow, Ru.

22. Lavrinova, M. (2010), "Zoo and its application in the practice of a psychologist" [Online], available at: <http://www.allbest.ru/>
23. Litvinenko. O. L. (2010), *Vykorystannia metodiv zooterapii pry roboti z dit'my-invalidamy: Metodychna rozrobka*, [Using zooperative methods when working with children with disabilities: Methodical development], MOU DOD CDT "Irbis", Samara, Ru.
24. Lorenz, K. (1994), *Ahresiia (tak zvane zlo)*, [Aggression (so-called evil)] [trans. from Eng.], Progress University, Moscow, Ru.
25. Makarova, N. M. (2013), "Technologies of gardenode and zoo in the process of social rehabilitation of children with musculoskeletal disorders", *Korektsijna pedahohika*, vol.2, pp. 62-69.
26. Maksimenko, S. Maksimenko, K. and Glavnik, O. (2003), *Emotsijnyj rozvytok dytyny*, [Emotional development of a child], Mikros-SVS, Kyiv, Ua.
27. "Concept of norm and pathology, mental health and mental illness", [Online], available at: <https://studfiles.net/preview/5643737/> page: 10 /.
28. "To overcome illness: Psychotherapy - Zoo - Treatment with animals", [Online], available at: <http://www.mindlabyrinth.ru/additional/illwin/detail.php?sid=75&pid=961>
29. Selye, G. (1982), *Stres bez distresu*, [Stress without distress] [trans. from Eng.], Progress, Moscow, Ru.
30. Subbotin, A. V. Raschevskaya, L. L (2004), *Likuval'na kinolohiia. Teoretychni pidkhody ta praktychna realizatsiia*, [Curative cynology. Theoretical approaches and practical realization], View of McCenter, Moscow, Ru.
31. Tomchuk, S. M. (2005), "Genesis of Negative Mental Conditions of Junior Students and Their Correction", *Aktual'ni problemy psykholohii: Zb. nauk. prats' in-tu psykholohii im. H.S. Kostiuka APN Ukrainy. Seriia: Ekolohichna psykholohiia*, vol. 7(6), pp. 372-380, Milenium, Kyiv, Ua.

Філатова Оксана Аркадіївна, доктор медичних наук, доцент, професор кафедри медичної психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; 02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна; hlaalu@ukr.net; +38 (067) 755 9000.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8439-0779>

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ

Анотація

Ключові слова: синдром емоційного вигорання, професійний стрес, ресурси особистості, психопрофілактика.

Постановка проблеми. Вигорання, як наслідок професійних стресів, виникає в тих випадках, коли адаптаційні можливості людини щодо подолання стресової ситуації перевищені. Незважаючи на те, що синдром емоційного вигорання (СЕВ) – це відносно стійкий стан, при наявності психологічної підтримки та мотивації на одужання, з ним можна боротися.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Розробка профілактичних заходів повинна враховувати особливості професійної діяльності та специфічних для неї чинників ризику, а також психологічні якості «вигорівшого» співробітника. Різноманіття проявів СЕВ і його значимість для здоров'я і професійного довголіття людини обумовлюють широту і актуальність проблеми превентивної психологічної допомоги працівникам «допомагаючих» професій.

Формулювання мети статті. Мета наших досліджень полягала в визначенні ключових моментів психопрофілактичної роботи з фахівцями гуманітарних професій, які мають ознаки емоційного вигорання.

Виклад основного матеріалу. Виборка дослідження складала 218 пацієнтів віком від 34 до 56 років (101 лікар та 117 працівників освіти). Виявлено, що основними скаргами були наступні: загальне погане самопочуття, часті запаморочення, «фізичний дискомфорт», утруднене дихання після підйому по східцях, нудота після їжі, зайва пітливість, тремтіння кінцівок, коливання артеріального тиску та частоти пульсу.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Розвиток вигорання прямо пов'язаний із наявністю напруженої емоційної діяльності на роботі: інтенсивним, переповненим емоціями спілкуванням; навантаженням на сприйняття; необхідністю швидкої обробки отриманих даних і відповідальним прийняттям рішень. Також, організаційними факторами СЕВ виступають:

неблагополучна психологічна атмосфера (інтриги, неприхована заздрість по відношенню до «вигораючого» співробітника, фаворитизм, надмірно авторитарне керівництво) та невдало складений розклад робочого часу.

Аннотация

Филатова О. А., доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры медицинской психологии ЧАО «ВУЗ «МАУП»; г. Киев, Украина. **Медико-психологические и организационные вопросы профилактики развития синдрома профессионального выгорания.**

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, профессиональный стресс, ресурсы личности, психопрофилактика.

Постановка проблемы. Выгорание, как следствие профессиональных стрессов, возникает в тех случаях, когда адаптационные возможности человека по преодолению стрессовой ситуации превышены. Несмотря на то, что синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это относительно устойчивое состояние, при наличии психологической поддержки и мотивации на выздоровление с ним можно бороться.

Анализ последних исследований и публикаций. Разработка профилактических мероприятий должна учитывать особенности профессиональной деятельности и специфических для нее факторов риска, а также психологические качества «выгорающего» сотрудника. Многообразие проявлений СЭВ и его значимость для здоровья и профессионального долголетия человека обуславливают широту и актуальность проблемы превентивной психологической помощи работникам «помогающих профессий».

Формулировка цели статьи. Цель наших исследований заключалась в определении ключевых моментов психопрофилактической работы со специалистами гуманитарных профессий, имеющих признаки эмоционального выгорания.

Изложение основного материала. Выборка исследования составила 218 пациентов в возрасте от 34 до 56 лет (101 врач и 117 работников образования). Выявлено, что основными жалобами были следующие: общее плохое самочувствие, частые головокружения, «физический дискомфорт», затрудненное дыхание после подъема по лестнице, тошнота после еды, излишняя потливость, дрожание конечностей, колебания артериального давления и частоты пульса.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Развитие выгорания напрямую связано с наличием напряженной эмоциональной деятельности на работе: интенсивным, переполненным эмоциями, общением; нагрузкой на восприятие; необходимостью быстрой обработки полученных данных и ответственным принятием решений.

Также организационными факторами СЭВ выступают: неблагоприятная психологическая атмосфера (интриги, нескрываемая зависть по отношению к «выгорающему» сотруднику, фаворитизм, чрезмерно авторитарное руководство) и неудачно составленное расписание рабочего времени.

Annotation

Filatova O. A., PhD, MD, Associate Professor, Professor of the Medical Psychology Department of The Private Joint-Stock Company Higher Educational Institution Interregional Academy of Personnel Management; Kyiv, Ukraine.
Medical, psychological and organizational issues of prevention of the development of professional burnout syndrome.

Key words: emotional burnout syndrome, professional stress, personality resources, psychoprophylaxis.

Formulation of the problem. Burnout as a result of occupational stress occurs in cases where the adaptive capacity of a person to overcome a stressful situation is exceeded. Despite the fact that emotional burnout syndrome (CMEA) is a relatively stable state, with psychological support and motivation for recovery, it can be dealt with.

Analysis of recent research and publications. The development of preventive measures should take into account the peculiarities of professional activity and risk factors specific to it, as well as the psychological qualities of the “burnout” employee. The variety of manifestations of the CMEA and its significance for human health and professional longevity determine the breadth and relevance of the problem of preventive psycho-logical help to employees of “helping professions”.

Formulation of the purpose of the article. The goal of our research was to identify the key moments of psycho-prophylactic work with specialists in humanitarian professions with signs of emotional burnout.

The presentation of the main material. The sample of the study was 218 patients aged from 34 to 56 years (101 physicians and 117 education workers). It was revealed that the main complaints were the following: general poor health, frequent dizziness, "physical discomfort", difficulty breathing after climbing the stairs, nausea after eating, excessive sweating, trembling of the extremities, fluctuations in blood pressure and pulse rate.

Conclusions and prospects for further research. The development of burnout is directly related to the presence of intense emotional activity at work: intense, overflowing with emotions, communication; load on perception; the need for quick processing of the data and responsible decision-making. Also, the organizational factors of the CMEA are: the unfavorable psychological atmosphere (intrigue, undisguised envy towards the “burned out” employee, favoritism, excessively authoritarian leadership) and unsuccessfully compiled working hours.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, профессиональный стресс, ресурсы личности, психопрофилактика.

Постановка проблемы. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ), как вид профессиональной деформации, получает всё большее распространение в современном мире. Наблюдается он преимущественно у лиц, которые в ходе своей деятельности тесно общаются с людьми, вовлекаясь в их непростые жизненные истории, помогая им и разделяя с ними все трудности решения проблем.

Говоря языком физиологии, СЭВ – это реакция организма, возникающая в ответ на длительное воздействие рабочих стрессов [1].

По сути, СЭВ – это постепенное снижение эмоционального, физического и интеллектуального потенциала, вследствие чего наблюдается системное истощение ресурсов человека, исчезновение удовлетворенности выполненной работой и личной отстраненностью.

Несомненно, СЭВ – это защитный механизм психики, выработанный человеком в ответ на непрекращающиеся травматические воздействия профессиональных микрострессов. Устранить стрессовые воздействия он не может (они многоплановы, исходят как от клиентов/пациентов/учеников, так и от коллег, руководства, по причине неправильной организации труда и т.д.). Приспосабливаясь к ним, «выгорающий» специалист начинает экономить эмоции, личные силы, не «вкладываясь» как прежде в процесс

общения, поверхностно рассматривая любую рабочую ситуацию, не пытаюсь помочь, а лишь поскорее «закончить дело».

Такая защита имеет и положительную сторону: позволяет порционно и экономно тратить энергию, не расходуя ее впустую или на то, что человек не в силах изменить. Замечая нарастающую усталость и бессилие, «выгорающий» сотрудник начинает задумываться и анализировать собственные просчёты в работе, беречь время, искать пути «обновления» энергетического потенциала, советоваться со специалистами.

Впервые на проблему СЭВ обратили внимание в начале 70-х годов прошлого века. Многие сотрудники лечебных и социальных учреждений после нескольких лет работы начинали испытывать хроническое стрессовое состояние и обращались за помощью к психологу, психиатру, предъявляя однотипные жалобы. В их число входило постоянное утомление, упорная бессонница с мыслями о работе, головные боли, общее ухудшение здоровья. Работа перестала приносить радость, быть смыслом жизни, а, наоборот, раздражала и вызывала «тихую» агрессию. Появлялось чувство собственной некомпетентности и беспомощности, снижалось внимание, выносливость, а также конкретные профессиональные достижения. Однако краткосрочные методы психотерапии в этих случаях не принесли «выгорающим» сотрудникам нужного эффекта.

Первые научные работы по этой проблеме появились в США. В 1974 г. американский психиатр Фрейденберг назвал это явление «burnout» («выгорание»). На русский язык его обычно переводят как «эмоциональное выгорание» или «профессиональное выгорание»[2].

В 1976 г. социальный психолог Кристина Маслач определила «выгорание» так: «синдром физического и эмоционального истощения, включая потерю сочувствия и понимания по отношению к клиентам или пациентам, развитие негативной самооценки и отрицательного отношения к работе»[3].

Изначально под СЭВ понималось состояние изнеможения, сопровождающееся ощущением своей бесполезности. Позже количество симптомов данного синдрома существенно выросло. Ученые стали все больше связывать СЭВ с психосоматическим самочувствием, и относить его к состояниям, предшествующим болезни. На данный момент СЭВ относят к рубрике Z73 – «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни» Международного классификатора болезней (МКБ-10)[4].

Анализ последних исследований и публикаций. В ходе многолетних исследований выяснилось, что СЭВ приносит серьезные убытки обществу – и экономические, и психологические. Например, бывали случаи, когда опытные летчики внезапно начинали испытывать страх и неуверенность перед полетами; хирурги вдруг начинали бояться, что не справятся с операцией и пациент умрет. Такие эмоциональные «качели» могут спровоцировать не только личную драму человека, но и повлечь за собой трагические последствия. Ведь работа «выгорающих» специалистов всегда непосредственно связана с людьми, и эти люди находятся в зависимости от психического состояния того, к кому они обратились за помощью.

Наиболее часто СЭВ встречается среди учителей, врачей, социальных работников, психологов, спасателей, работников правоохранительных органов. В той или иной степени от СЭВ страдают почти 80% психиатров, наркологов, психотерапевтов. В 7-8% случаев такие специалисты приобретают резко выраженный синдром выгорания, ведущий к стойким эмоциональным и психосоматическим нарушениям. Почти 60% медсестер психиатрических отделений обнаруживают у себя СЭВ [5].

В наше время выделяют более 100 симптомов, связанных с СЭВ. Немаловажно заметить, что иногда СЭВ можно перепутать с синдромом хронической усталости (хотя нередко они идут «в паре»). В частности, при синдроме хронической усталости люди жалуются на нарастающее во второй половине дня утомление; снижение работоспособности; мышечную слабость; плохую переносимость ранее привычных нагрузок; боль в мышцах; головные

боли; расстройства сна; склонность к забывчивости; раздражительность; снижение концентрации внимания и мыслительной активности.

Формулировка цели статьи. Цель наших исследований заключалась в определении ключевых моментов психопрофилактической работы со специалистами гуманитарных профессий, имеющих признаки эмоционального выгорания. Была поставлена задача: определить основные направления психопрофилактической работы с учетом симптоматики СЭВ у людей гуманитарных профессий; очертить круг организационных мероприятий в лечебных и образовательных коллективах, способствующих гармонизации самочувствия и межличностных отношений сотрудников.

Изложение основного материала. Выборка исследования составила 218 пациентов в возрасте от 34 до 56 лет (101 врач и 117 работников образования). Выявлено, что основными жалобами были следующие: общее плохое самочувствие, частые головокружения, «физический дискомфорт», затрудненное дыхание после подъема по лестнице, тошнота после еды, излишняя потливость, дрожание конечностей, колебания артериального давления и частоты пульса.

У СЭВ существуют три ключевых признака, отличающих его от других заболеваний с похожими симптомами, а именно:

1. Развитию выгорания предшествует фаза повышенной активности, полной поглощенности работой, отказа от других потребностей и отсутствие беспокойства об удовлетворении собственных нужд. Следом за этой фазой наступает первый признак СЭВ – эмоциональное истощение. По сути, это чувство перенапряжения, истощения ресурсов – как физических, так и эмоциональных, ощущение усталости, не исчезающее после ночного сна. Даже после отпуска все эти явления возобновляются после возвращения в прежнюю трудовую ситуацию. Появляется безразличие, изнеможение, меняется отношение к работе – человек уже не в силах отдаваться работе, как раньше.

2. Второй признак СЭВ – дегуманизация, личностная отстраненность. Профессионалы могут расценивать такое изменение уровня сострадания к клиенту/пациенту как попытку справиться с нарастающим эмоциональным стрессом на работе. Но такое отстранение вскоре может перейти в осознанно негативное, порой агрессивное отношение к своим коллегам, клиентам, пациентам. В крайних случаях, человека перестает волновать всё в его профессиональной деятельности, ничто не вызывает эмоций – ни радостные, ни трагические ситуации (удачное излечение, или напротив, смерть больного). Клиент или пациент начинает восприниматься как неживой предмет, одно присутствие которого зачастую напрягает.

3. Третий признак СЭВ – негативное восприятие себя в профессиональном плане, падение самооценки, ощущение потери собственной эффективности. Человек начинает чувствовать, что ему не хватает профессионального мастерства, не видит перспектив в своей рабочей деятельности и, как следствие, перестает получать удовлетворение от работы.

СЭВ, по существу, – это комбинация физического, интеллектуального и эмоционального утомления. В наше время нет единой концепции СЭВ, но все же можно утверждать, что он являет собой деформацию личности вследствие эмоционально трудных и напряженных коммуникаций в системе «человек-человек». Последствия такого выгорания могут проявиться как в психосоматических заболеваниях, так и в психологических изменениях личности «выгорающего» специалиста.

Все основные симптомы СЭВ можно разделить на 5 ключевых групп:

1. Физические, или соматические, симптомы:

- усталость, утомление, истощение;
- резкие колебания веса;
- неполноценный сон, бессонница;
- общее плохое самочувствие, «физический дискомфорт»;
- одышка, затрудненное дыхание;

- головокружения, тошнота, излишняя потливость, дрожь;
- колебания артериального давления, частоты пульса;
- воспалительные и язвенные заболевания кожи;
- функциональные заболевания сердечно-сосудистой системы.

2. Эмоциональные симптомы:

• пессимизм, черствость, цинизм как в рабочих ситуациях, так и в частной жизни;

- недостаток эмоций;
- усталость, безразличие;
- чувство безнадежности ситуации, личной беспомощности;
- раздражительность, агрессивность;
- тревожность, усиление необоснованного беспокойства,

невозможность сосредоточиться;

- депрессия, чувство вины;
- душевные страдания, истерики;
- утрата надежд, идеалов, перспектив в профессии;
- деперсонализация (люди кажутся безликими, словно манекены);
- чувство одиночества, отдалённости от остального мира;

3. Поведенческие симптомы:

• работа больше 45-50 часов в неделю с ощущением нехватки времени;

- безразличие к еде;
- недостаточные физические нагрузки;
- «оправданное» злоупотребление табаком и алкоголем, а также

лекарствами;

• усталость и необходимость часто отдыхать в процессе труда (по несколько минут в час);

- несчастные случаи – травмы, аварии и т.п..

4. Интеллектуальное состояние:

- потеря интереса к новым идеям и подходам в работе;

- апатия, тоска, скука;
- исчезновение интереса и вкуса к жизни;
- предпочтение стандартов, шаблонов и рутины – творческим подходам;

- безразличие, цинизм к чужим открытиям;
- отказ от участия или редкое участие в конференциях, образовательных мероприятиях;

- выполнение работы в формальном объёме.

5. Социальные симптомы:

- угасание интереса к прежде любимым развлечениям и досугу;
- пониженная социальная активность;
- ограничение контактов и отношений исключительно рабочей средой;

- чувство изоляции, непонимания других и другими;
- ощущение недостаточной поддержки со стороны окружения – семьи, коллег, друзей.

Т.о., СЭВ – это целый комплекс нарушений в физической, психической и социальной сферах жизнедеятельности человека.

Выделяют три главных фактора, играющие важную роль в СЭВ – личностный, ролевой, и организационный.

Личностный фактор. По данным исследований, на эмоциональное выгорание существенно не влияют такие факторы, как семейное положение, возраст, стаж данной работы. Однако замечено, что у женщин выгорание развивается глубже и чаще, нежели у мужчин. Также более подвержены выгоранию так называемые «сверхконтролируемые личности» – люди, испытывающие недостаток автономности.

Среди основных качеств личности, влияющих на развитие СЭВ, психологи называют следующие:

- гуманность, склонность к сочувствию, мягкость;

- склонность к увлеченности работой, к ее идеализации, ориентированность на людей;
- интровертированность, предрасположенность к аутоизоляции;
- «пламенность», фанатичность в идеях;
- авторитаризм как стиль руководства;
- склонность к холодности в проявлении эмоций;
- высокий самоконтроль, в частности, при постоянном подавлении отрицательных эмоций;
- склонность к тревожности и депрессии из-за недостижимости высокого «внутреннего стандарта»;
- склонность к острому переживанию неприятных обстоятельств в работе.

Ролевой фактор. Также ученые установили связь между СЭВ и уровнем ролевой определенности и конфликтности. Так, в случаях, когда в профессиональной деятельности ответственность четко распределена, СЭВ возникает нечасто. В ситуациях же с нечеткой или неравномерно разделенной ответственностью за свои действия на работе, склонность к выгоранию возрастает, даже если трудовая нагрузка сравнительно невелика. Также очень способствуют развитию СЭВ такие профессиональные ситуации, когда совместные усилия не согласованы, отсутствует слаженность в работе коллектива, имеется сильная конкуренция между сотрудниками, открыто или негласно поощряемая руководством.

Организационный фактор. Развитие выгорания прямо связано с наличием напряженной эмоциональной деятельности на работе: интенсивное, переполненное эмоциями общение; нагрузка на восприятие; необходимость обработки множества полученных данных и ответственное принятие решений. Также организационными факторами СЭВ выступают:

- неблагоприятная психологическая атмосфера (интриги, нескрываемая зависть по отношению к «выгорающему» сотруднику, фаворитизм, излишне авторитарное руководство);
- нечеткое планирование и организация труда;

- засилие бюрократических механизмов;
- конфликты с руководством и подчиненными;
- напряженные взаимоотношения с коллегами;
- многочасовой труд, который невозможно измерить;
- высокая трудовая нагрузка;
- недостаточное вознаграждение за труд;
- невозможность участия в принятии решений;
- постоянный риск штрафов;
- монотонная, однообразная, бесперспективная работа;
- необходимость проявлять «искусственные» эмоции;
- отсутствие полноценного отдыха: выходных, отпусков, а также интересов помимо работы;
- работа с психологически сложным контингентом – с «трудными» подростками, тяжелобольными (умирающими), конфликтными клиентами и т.п.

По мнению исследователей СЭВ, к основным причинам его появления можно отнести такие:

1. Превышение «лимитов». Нервная система человека имеет определенный «лимит общения» – за день человек в состоянии уделить полноценное внимание только ограниченному количеству людей. Если же их число превышает «лимит», неизбежно наступит истощение, а потом и выгорание. Такой же лимит есть и у восприятия, внимания, памяти. Этот предел индивидуален, он очень подвижен, зависит от состояния нервной системы человека.

2. Отсутствие обоюдного коммуникативного процесса. Все мы привыкли к тому, что коммуникативный процесс с людьми двусторонний, и за позитивным посылом последует отклик: уважение, благодарность, усиление внимания. Но на такую отдачу способны далеко не все клиенты, пациенты, ученики. Нередко в виде «вознаграждения» за усилия человек получает лишь невнимание, равнодушное молчание, порой даже и неблагодарность,

враждебность. И в тот момент, когда число таких неудач превышает допустимую для человека границу, начинается кризис самооценки и трудовой мотивации.

3. Отсутствие полноценного результата. Зачастую в работе с людьми очень сложно, практически невозможно правильно оценить, «пощупать» результат. Независимо от того, старается специалист или нет, результат может быть одним и тем же, и очень трудно доказать, что какие-то определенные старания ведут к повышению результативности, а безразличие – к ее снижению. Особенно такая причина распространена среди работников системы образования.

4. Индивидуальные особенности сотрудника. Кому-то проще целыми днями аккуратно выполнять рутинную работу, но в случае необходимости мобилизации сил и «аврального режима» на таких людей сложно рассчитывать. Другие работники способны изначально трудиться увлеченно и активно, давать сверхвысокие результаты, но они быстро «выдыхаются». Есть хорошие исполнители, которым необходимы прямые указания руководителя, и творческие работники, предпочитающие в своей деятельности свободу выбора. Понятно, что в случаях, когда поставленные перед сотрудником задачи не соответствуют складу его личности, СЭВ может развиваться быстрее и глубже.

5. Неправильная организация труда, нерациональное управление.

6. Профессиональная деятельность, связанная с ответственностью за здоровье, судьбу, жизнь людей [6-8].

Лечение и профилактика СЭВ во многом похожи: то, что защищает от развития выгорания, может использоваться и для его лечения.

Все лечебные, профилактические и реабилитационные мероприятия должны быть направлены на:

- снятие рабочего напряжения,
- рост профессиональной мотивации,

- возвращение равновесия между потраченными усилиями и получаемым вознаграждением.

Немаловажная роль в борьбе с выгоранием отводится, в первую очередь, самому пациенту. Рекомендации специалистов таковы:

1. Находите время для полноценного отдыха (после работы, в выходные дни). Такие перерывы (при отключенном телефоне и твердом «Нет!» при попытках навязать Вам лишнюю работу) необходимы для Вашего физического и психического благополучия.

2. Пересмотрите свои жизненные ориентиры: определитесь с краткосрочными и долгосрочными целями; не стремитесь к недостижимому идеалу; свой идеал сопоставьте со своими возможностями.

3. Овладейте навыками саморегуляции – релаксации и аутотренинга, дыхательными упражнениями, психогимнастикой.

4. Займитесь собой. Аэробика, правильное питание с достаточным количеством витаминов и микроэлементов, отказ от злоупотребления спиртными напитками, прекращение курения, нормализация веса помогут правильной работе всего организма, в том числе и нервной системы.

5. Поверьте в себя: в свою значимость, в свои таланты и возможности, перестаньте себя критиковать.

6. Уходите от ненужной конкуренции. Часто дух соревновательности исходит от руководства, живущего старыми представлениями, принятыми в советское время. Теперь это выглядит смешно и убого. Кроме того, излишнее стремление к первенству вызывает тревогу и агрессивность, и может спровоцировать СЭВ.

7. Не забывайте о профессиональном развитии и совершенствовании – это могут быть различные курсы повышения квалификации, круглые столы, конференции и т.п., которые помогут поднять вашу самооценку как профессионала, и избежать выгорания;

8. Разрешите себе приятное эмоциональное общение с близкими по духу людьми – такое общение значительно снижает вероятность выгорания;

9. Старайтесь обдуманно рассчитывать и распределять свои трудовые нагрузки. Если вас ждет очень напряженная работа, стоит подготовиться к этому заранее. Не делайте чужой работы, времена «тимуровцев», к счастью, давно позади.

10. Учитесь переключаться с одного вида активности на другой (чередование умственной и легкой физической нагрузки).

11. Старайтесь проще относиться к конфликтам на работе. Игнорируйте сплетников. Никогда сами не распространяйте слухов о других, не поддерживайте компрометирующих другого сотрудника, разговоров.

12. Не старайтесь всегда и во всем быть лучшим и первым. Излишний перфекционизм способствует выгоранию. Оставайтесь собой.

Повышению работоспособности и снижению утомляемости во время работы также способствует научная организация труда и соблюдение эргономических принципов проектирования оборудования и организации рабочих мест. Крайне важно при этом учитывать дистанцированность одного рабочего места от другого, соблюдение границ личного пространства работника, возможность иметь в поле зрения какие-то личные вещи, календари, картинки – все те элементы рабочей среды, которые способствуют гармонизации психической сферы, поддерживают положительный эмоциональный фон в течение дня. К примеру, нежелательно без согласия сотрудника размещать на его столе предметы, связанные с модным (но абсолютно не имеющим философской или этно-культуральной почвы) направлением «фэн-шуй», что может вызвать недоумение или явное отвращение (статуэтки безобразных лягушек, монетки с прорезанными посередине отверстиями)... Руководитель учреждения/отдела должен владеть основами профессиональной этики, чтобы не допускать подобных ошибок.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Нами рассмотрены основные направления профилактики СЭВ, позволяющей разумно экономить и восстанавливать физические, психофизиологические и

личностные ресурсы человека в случае их избыточного расходования. Следует подчеркнуть, что предложенные методы являются общими для всех людей и применительно к отдельному человеку должны быть видоизменены с акцентом на те ресурсы, которые были максимально «исчерпаны».

Список використаних джерел:

1. Куліков Л. В. Психологічна стійкість особистості / Психологія здоров'я. [ред. Г. С. Никифорів].– СПб., 2003.– С. 112.
2. Freudenberger H. J. Staff burn-out // *Journal of Social Issues*. 1974. V. 30. P. 159–165.
3. Maslach C., Jackson S. E. *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.
4. Психичні розлади і розлади поведінки. Адаптований варіант класу V МКХ-10. [ред. проф. Б. А. Казаковцев].– М.: Прометей, 2013 – 584 с.
5. Борневассер М. Стрес в умовах праці / М. Борневассер // *Іноземна психологія*. – 1994. – Т. 2.- № 1(3).
6. Бабанов С. А. Професійні фактори і стрес: синдром емоційного вигорання / С. А. Бабанов // *Важкий пацієнт*.- 2009.- № 12.- С.10-13.
7. Полякова О. М. Стрес: причини, наслідки, подолання / О. М. Полякова.- СПб: Речь, 2008.– 144с.
8. Умняшкіна С. В. Синдром емоційного вигорання як проблема самоактуалізації особистості / С. В. Умняшкіна. – М.: РДБ, 2012.– 220 с.

References.

1. Kulikov, L. V. (2003), *Psikhologicheskaya ustoychivost' lichnosti / Psikhologiya zdorov'ya* [Psychological stability of the individual / Psychology of health] [ed. G. S. Nikiforov], SPb, Ru.
2. Freudenberger, H. J. (1974), “Staff burn-out”, *Journal of Social Issues*.- vol . 30, pp. 159–165.
3. Maslach, C. Jackson, S. E. “The Maslach Burnout Inventory”, *Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press*, 1986.

4. *Psikhicheskiye rasstroystva i rasstroystva povedeniya. Adaptirovannyy variant klassa V MKB-10* [Mental disorders and behavioral disorders. Adapted version of class V MKH-10]. [ed. B. A. Kazakovets], Prometheus, Moscow, Ru.

5. Bornevasser, M. (1994), "Stress in working conditions", *Inostrannaya psikhologiya*, T. 2, vol. 1(3).

6. Babanov S.A. (2009), "Professional factors and stress: the syndrome of emotional burnout", *Trudnyy patsiyent*. – 2009. –№ 12. –S.10-13.

7. Polyakova O.N. *Stress: prichiny, posledstviya, preodoleniye* [Stress: Causes, Consequences, Overcoming], Rech', SPb, Ru.

8. Umnyashkina, S. V. (2012), "*Sindrom emotsional'nogo vygoraniya kak problema samoaktualizatsii lichnosti*" [Emotional burnout syndrome as a problem of self-actualization of personality], RGB, Moscow, Ru.

Юдіна Ірина Юріївна, магістр психології, ПрАТ «ВНЗ «МАУП», 02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна; +38(067) 772-84-85; tashalifex@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4270-6795>

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ НА ПСИХОЕМОЦІЙНІ СТАНИ ОСОБИСТОСТІ

Анотація.

Ключові слова: психоемоційні стани, тілесно-орієнтована терапія.

Постановка проблеми. В сучасному науковому просторі є ряд авторів, які активно вивчають психоемоційні стани, однак праць, присвячених дослідженню впливу саме тілесно-орієнтованої терапії на психоемоційні стани – обмаль.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Тілесно-орієнтована терапія – це напрямок психотерапії, в якому психологічні проблеми пацієнтів розглядаються у взаємному зв'язку з особливостями функціонування їхнього тіла. Основною відмінністю цього напрямку є відсутність протиставлення тіла та розуму, концентрація на глибоких тілесних відчуттях та їх дослідження, декодування незадоволених потреб прихованих у тілесному стані особистості, а також застосування рухової активності з метою діагностики та аналізу сутності проблеми, її виразності, довільності та спонтанності. Тілесно-орієнтовану терапію вважають особливо ефективною в роботі з психосоматичними порушеннями, неврозами, наслідками психічних травм і посттравматичними стресовими розладами, депресивними станами.

Формулювання мети статті. Мета – дослідити вплив тілесно-орієнтованої терапії на психоемоційні стани особистості.

Виклад основного матеріалу. Дослідження проводилося на базі Всеукраїнської Асоціації традицій і культури Китаю. В дослідженні взяли

участь рандомізованими чином обрані та розподілені на групи 93 особи, з яких 46 увійшли в контрольну групу, і 47 - в експериментальну. Особи, які перебувають в дисгармонійному психоемоційному стані, відзначаються пасивністю та суб'єктивним відчуттям поганого самопочуття. Ми підібрали декілька валідних стандартизованих методик для вимірювання особливостей та ступеню прояву цих станів, а саме: тест «Самооцінка психічних станів» Айзенка, опитувальник САН (самопочуття, активність, настрої), «Чи в порядку ваші нерви?», «Ваші нерви» В. Коулман, Фізіономічний тест Куніна, шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера. Статистична обробка отриманих результатів проводилася за методиками: аналіз рангових кореляцій Спірмана, U-критерій Манна-Уїтні, а також описовий аналіз даних.

Експеримент проводився у формі «тест-вплив-ретест», тобто, проводилася первинна діагностика, психокорекційний вплив, вторинна діагностика. До психокорекційної програми увійшли: дихальні вправи, релаксаційні вправи, вправи спрямованого напруження та розслаблення м'язів.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Застосування тілесно-орієнтованої терапії в роботі з тривожністю, агресивністю, ригідністю та фрустрацією є ефективним та може бути рекомендоване для зниження рівня негативних психоемоційних станів, підвищення настрою, покращення самопочуття, впливу на якість життя людини шляхом зміни суб'єктивного сприйняття реальності, зміщення акценту в позитивну сторону.

Аннотація

Юдина И. Ю., магистр психології, ПрАТ «ВУЗ «МАУП», Київ, Україна.
Исследование влияния телесно-ориентированной психотерапии на психоемоциональные состояния личности.

Ключевые слова: психоемоциональные состояния, телесно-ориентированная терапия.

Постановка проблемы. В современном научном пространстве есть ряд авторов, которые активно изучают психоэмоциональные состояния, однако работ, посвященных исследованию влияния именно телесно-ориентированной терапии на психоэмоциональные состояния - мало.

Анализ последних исследований и публикаций. Телесно-ориентированная терапия - это направление психотерапии, в котором психологические проблемы пациентов рассматриваются во взаимной связи с особенностями функционирования их тела. Основным отличием этого направления является отсутствие противопоставления тела и ума, концентрация на глубинных телесных ощущениях и их исследования, декодирование неудовлетворенных потребностей скрытых в телесном состоянии личности, а также применение двигательной активности с целью диагностики и анализа сущности проблемы, ее выразительности, произвольности и спонтанности. Телесно-ориентированную терапию считают особенно эффективной в работе с психосоматическими нарушениями, неврозами, последствиями психических травм и посттравматическими стрессовыми расстройствами, депрессивными состояниями.

Формулировка цели статьи. Цель - исследовать влияние телесно-ориентированной терапии на психоэмоциональные состояния личности.

Изложение основного материала. Исследование проводилось на базе Всеукраинской Ассоциации традиций и культуры Китая. В исследовании приняли участие рандомизированным образом выбранные и разделенные на группы 93 человека, из которых 46 вошли в контрольную группу, и 47 - в экспериментальную. Лица, находящиеся в дисгармоничном психоэмоциональном состоянии, отличаются пассивностью и субъективным ощущением плохого самочувствия. Мы подобрали несколько валидных стандартизированных методик для измерения особенностей и степени проявления этих состояний, а именно: тест «Самооценка психических состояний» Айзенка, опросник САН (самочувствие, активность, настроение),

«В порядке ваши нервы?», «Ваши нервы» В . Коулман, физиономический тест Кунина, шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера. Статистическая обработка полученных результатов проводилась по методикам: анализ ранговых корреляций Спирмана, U-критерий Манна-Уитни, а также описательный анализ данных. Эксперимент проводился в форме «тест-воздействие-ретест», т. е. проводилась первичная диагностика, психокоррекционных влияние, вторичная диагностика. В психокоррекционную программу вошли: дыхательные упражнения, релаксационные упражнения, упражнения направленного напряжения и расслабления мышц.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Применение телесно-ориентированной терапии в работе с тревожностью, агрессивностью, ригидностью и фрустрацией является эффективным и может быть рекомендовано для снижения уровня негативных психоэмоциональных состояний, повышения настроения, улучшения самочувствия, влияния на качество жизни человека путем изменения субъективного восприятия реальности, смещения акцента в положительную сторону.

Annotation

Yudina I Yu, Magister of Psychology, The Private Joint-Stock Company Higher Educational Institution Interregional Academy of Personnel Management; Kyiv, Ukraine. **The study of the influence of body-oriented psychotherapy on the psycho-emotional state of the individual.**

Key words: psycho-emotional states, body-oriented therapy.

Formulation of the problem. In the modern scientific space there are a number of authors who are actively studying psycho-emotional states, but there are few works devoted to the study of the effect of body-oriented therapy on psycho-emotional states.

Analysis of recent research and publications. Body-oriented therapy is a direction of psychotherapy in which the psychological problems of patients are

considered in mutual relation with the peculiarities of the functioning of their body. The main difference in this direction is the lack of opposition between body and mind, focusing on deep bodily sensations and their research, decoding unmet needs of the person hidden in the bodily state, as well as the use of motor activity to diagnose and analyze the essence of the problem, its expressiveness, arbitrariness and spontaneity. Body-oriented therapy is considered particularly effective in dealing with psychosomatic disorders, neuroses, the effects of mental trauma and post-traumatic stress disorders, depressive conditions.

Formulating the purpose of the article. The goal is to investigate the influence of body-oriented therapy on the psycho-emotional states of a person.

The presentation of the main material. The study was conducted on the basis of the All-Ukrainian Association of Traditions and Culture of China. The study was randomly selected and divided into groups of 93 people, of whom 46 were included in the control group, and 47 - in the experimental group. Persons who are in disharmonious psycho-emotional state, are passive and subjective feeling of poor health. We selected several valid standardized methods for measuring the characteristics and degree of manifestation of these states, namely: Aysenck's "Self-assessment of mental states" test, SAN questionnaire (health, activity, mood), "Is your nerves in order?", "Your nerves" V. Coleman, Kunin's physiognomic test, Spielberger's scale of reactive and personal anxiety. Statistical processing of the obtained results was carried out according to the following methods: analysis of Spearman rank correlations, Mann-Whitney U-test, and descriptive data analysis. The experiment was carried out in the form of "test-impact-retest", that is, primary diagnostics, psychocorrectional influence, and secondary diagnostics were carried out. The psycho-correction program includes: breathing exercises, relaxation exercises, exercises of directional tension and muscle relaxation.

Conclusions and prospects for further research. The use of body-oriented therapy in work with anxiety, aggressiveness, rigidity and frustration is effective and can be recommended to reduce the level of negative psycho-emotional states,

improve mood, improve well-being, influence the quality of life of a person by changing the subjective perception of reality, shifting the focus in a positive way.

Ключові слова: психоемоційні стани, тілесно-орієнтована терапія.

Постановка проблеми. Життя людини набуває кольору завдяки емоціям. За допомогою психоемоційних станів людини відбувається організація психічних процесів, формується суб'єктивне ставлення до явищ дійсності, здійснюється її відображення. Будь-які суттєві зміни зовнішнього середовища та внутрішнього світу особистості викликають певний відгук у людини як цілісності і спричиняють перехід у новий психічний стан, змінюють рівень активності суб'єкта, характер його переживань тощо.

Психоемоційні стани визначають характер діяльності людини та впливають на міжособистісну взаємодію. Психоемоційні стани певною мірою залежать від фізичного здоров'я людини, але з іншої сторони впливають на стан фізичного самопочуття. Поглиблення та інтенсивність негативних психоемоційних станів може призвести до розвитку патологій та нервових розладів. Саме тому важливим питанням є дослідження та робота з психічними станами.

В сучасному науковому просторі є ряд авторів, які активно вивчають психоемоційні стани, однак праць, присвячених дослідженню впливу саме тілесно-орієнтованої терапії на психоемоційні стани – обмаль.

Тілесно-орієнтована психотерапія – це порівняно молодий напрямок терапії. Концепцію тілесно-орієнтованої терапії розробляли В. Райх, О. Лоуен, М. Александер, В. Янов та ін., пропонуючи різні методи та напрямки [6]. Існує ряд досліджень впливу цього напрямку терапії на фізичне (О. І. Плаксина та інші) та психічне самопочуття (Т. О. Напрєєнкова, О. О. Прокоф'єва, С. В. Яковлєв) [7, 9]. Втім, немає глибокого комплексного дослідження впливу тілесно-орієнтованої терапії на психоемоційний стан особистості.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вважається що тілесно-орієнтований напрям в консультуванні з'явився як віха психоаналізу. Навіть основоположник цього напрямку, З. Фрейд, з метою стимуляції асоціативного потоку масажував деяким клієнтам голову і плечовий пояс. Вільгельм Райх, учень та наступник З. Фрейда, вводить в терапію проблему тілесності як базової умови людського існування. Він вказує на нерозривність розуму та тіла, звертаючи увагу на дисгармонію їх взаємозв'язку, як передумову виникнення невротичного конфлікту сучасної людини. Науковець прагне поєднати класичний психоаналіз та соматичні прояви, досліджує взаємозв'язок психологічного і тілесного аспекту. В. Райх одним з перших почав пропагувати холістичні та екологічні ідей в психології. Робить наголос на важливості розслаблення, знятті м'язового напруження, так би мовити, знятті захисного «м'язового панцира», що веде за собою відновлення здатності до глибоких емоційних переживань, зокрема любові [10].

На основі психоаналізу З. Фрейда та під впливом В. Райха, свою теорію пропонує О. Лоуен – «біоенергетичний аналіз». Ключовою думкою теорії є тлумачення відчуттів тіла як проявів емоційного стану людини. Основною користю від застосування біоенергетичного аналізу О. Лоуена вважають: зміну стереотипів поведінки, зокрема в конфліктних ситуаціях; зміну відношення до зовнішнього та внутрішнього світу; усунення енергетичних блоків (людина почуває себе бадьоро та енергійно); оздоровлення тіла загалом (виправляється постава, глибоке дихання); налагодження гармонійних стосунків, прийняття та віддавання любові; відновлення здатності отримувати задоволення від життя; вирішення дитячих та юнацьких проблем (психологічних травм) [6].

Також на основі теорії В. Райха з'являється метод структурної інтеграції І. Рольф, або «рольфинг». Він являється прямим фізичним втручанням з метою психологічної модифікації особистості. На думку І. Рольф, здорове тіло має бути прямим та вертикальним, витратити мінімум

енергії для цього, не зважаючи на силу тяжіння. Тим не менш, під дією стресів, тіло підлаштовується та відбувається викривлення. Структурна інтеграція – це система, мета якої - привести тіло до кращої м'язової рівноваги, наближеної до оптимальної пози, при якій можна провести пряму через вухо, плече, стегнову кістку та гомілку, повернути тілу правильне положення та риси за допомогою глибокого витягування м'язових фасцій, що часто супроводжується болем [3]. Іншим підходом, який підкреслює функціональну єдність тіла і психіки і ставить акцент на дослідженні звичних поз і постави, а також на можливості їх поліпшення, є метод Александра - навчання інтегрованим рухам, що полягає у застосуванні звичних тілесних поз та їх вдосконаленні, зрівноважуванні голови і хребта [11]. Зазначені теорії, методики та системи спрямовані навчати людину бути більш розслабленою, природною як у відпочинку, так і в діяльності [11].

До тілесно-орієнтованої терапії також сьогодні відносять хатха йогу – древню практику, яка об'єднує тіло та розум, тілесне та психічне. В Америці проводили дослідження та виявили позитивний вплив йоги для підвищення стресостійкості організму та зниження стресогенної поведінки. Згідно досліджень, систематичні заняття йогою знижують відчуття стресу, тривожності та депресії у людей. Крім того відзначають покращення сну, зниження ризику серцево-судинних захворювань (інколи рекомендують в цілях профілактики). Заняття йогою покращує дихання, загальний фізичний стан, знімає напруження в м'язах. Таким чином, практика йоги може застосовуватися в психотерапії. Тілесно-орієнтована терапія – це напрямок психотерапії, в якому психологічні проблеми пацієнтів розглядаються у взаємному зв'язку з особливостями функціонування їхнього тіла. Основною відмінністю цього напрямку є відсутність протиставлення тіла та розуму, концентрація на глибоких тілесних відчуттях та їх дослідження, декодування незадоволених потреб прихованих у тілесному стані особистості, а також застосування рухової активності з метою діагностики та аналізу сутності проблеми, її виразності, довільності та спонтанності [4].

Метою та основними завданнями тілесно-орієнтованої терапії є пошук найпростіших способів вирішення внутрішніх конфліктів, об'єктивізації «образу Я» для усвідомлення автоматичних рухових патернів, розвитку креативних та когнітивних здібностей особистості, підвищення рівня адаптивності тощо [8]. Тілесний досвід необхідний для розвитку саморефлексії суб'єкта, для формування комунікативних навичок, для збагачення чуттєвого досвіду та повноцінного сприймання дійсності, розширення творчого потенціалу людини, формування гнучкості та адаптивних навичок. Також, чуттєвий досвід є одним з важливих факторів розвитку особистості, формування адекватної самооцінки та самоствавлення, він розвиває пізнавальні процеси, поглиблює відчуття та сприймання, за рахунок чого людина починає впевнено орієнтуватися в найрізноманітніших умовах [8]. В нормі стан стресу призводить до біологічної реакції організму – адаптації. Але, у разі надмірної дії стресових чинників, неможливості уникати стресової ситуації або надмірної сили подразників може розвиватись патологічний стан. До таких станів належать: посттравматичний розлад, емоційне вигорання, синдром хронічної втоми тощо. Тривала дія стресу несе шкоду не лише психічному здоров'ю, але й соматичному, зокрема це серцево-судинні захворювання. З іншої сторони, спрямована дія на «постраждалі» органи або частини тіла внаслідок стресу, може сприяти підвищенню чутливості до дії конкретного подразника, збільшення стресостійкості [5]. Тілесно-орієнтовану терапію вважають особливо ефективною в роботі з психосоматичними порушеннями, невротами, наслідками психічних травм і посттравматичними стресовими розладами, депресивними станами. Тілесно-орієнтована терапія являє собою унікальний і ефективний спосіб особистісного росту і цілісного розвитку людини, що допомагає зв'язати в одне ціле її почуття, розум і тілесні відчуття, відновити втрачені і прибудувати відсутні взаємозв'язки між ними, створити умови довірливого і повного контакту людини з життям її тіла [1].

Формулювання мети статті. Мета – дослідити вплив тілесно-орієнтованої терапії на психоемоційні стани особистості.

Виклад основного матеріалу. Дослідження проводилося на базі Всеукраїнської Асоціації традицій і культури Китаю. В дослідженні взяли участь рандомізованими чином обрані та розподілені на групи 93 особи, з яких 46 увійшли в контрольну групу, і 47 - в експериментальну. Експеримент проводився у формі «тест-вплив-ретест», тобто, проводилася первинна діагностика, психокорекційний вплив, вторинна діагностика. До психокорекційної програми увійшли: дихальні вправи, релаксаційні вправи, вправи спрямованого напруження та розслаблення м'язів.

Для визначення особливостей впливу засобів тілесно-орієнтованої терапії на психоемоційні стани людини, дослідження здійснювалося за таким планом: визначити особливості психоемоційної сфери осіб, які вирішили відвідати заняття тілесно-орієнтованої терапії; скласти програму корекції психоемоційної сфери засобами тілесно-орієнтованої терапії та провести відповідні заняття; дослідити та проаналізувати трансформацію психоемоційних станів після впливу тілесно-орієнтованої терапії; визначити ефективність відповідної практики.

Одним із завдань дослідження є діагностика психоемоційного стану особистості. Ґрунтуючись на теоретичному аналізі можемо визначити, що основними психоемоційними станами можна вважати: настрій, тривожність, фрустрованість, депресивність, агресивність, ригідність тощо. Як ми зазначали, особи, які перебувають в дисгармонійному психоемоційному стані (наприклад, депресія), відзначаються пасивністю та суб'єктивним відчуттям поганого самопочуття. Таким чином ми підібрали декілька валідних стандартизованих методик за допомогою яких можемо виміряти особливості та ступінь прояву цих станів, а саме: тест «Самооцінка психічних станів» Айзенка, опитувальник САН (самопочуття, активність, настрій), «Чи в порядку ваші нерви?», «Ваші нерви» В. Коулман, Фізіономічний тест Куніна, шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера. Статистична

обробка отриманих результатів проводилася за методиками: аналіз рангових кореляцій Спірмана, U-критерій Манна-Уїтні, а також описовий аналіз даних.

Формуючи контрольну групу, важливим було питати респондентів на предмет відвідування різних практик, таких як хатха-йога, у-шу, тай-чі, цигун тощо. Адже ці практики використовують різні дихальні техніки та є основою для багатьох тілесно-орієнтованих методів. Натомість, зайнятість в активних видах спорту (футбол, фітнес, теніс тощо) не вважаємо чинником, який може спотворити результати дослідження.

Згідно первинної діагностики, ми виявили, що за методикою САН у досліджуваних експериментальної групи переважає хороше самопочуття (36,2%) та середнє самопочуття (34,0%), особи у яких виявлено нижчий рівень самопочуття склали 29,8% групи (таб.1., рис.1.).

Таблиця1.

Результати дослідження психоемоційних станів респондентів за методикою САН

Рівень показника		Експериментальна група		Контрольна група		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей (f=91, tкритичне=1,987 при рівні значимості $\alpha=0,05$)
		абс. число	%	абс. число	%	
Самопочуття	низький	14	29,8	6	13,0	56,57
	середній	16	34,0	22	47,8	42,43
	високий	17	36,2	18	39,1	7,07
Активність	низький	26	55,3	5	10,9	148,49
	середній	12	25,5	29	63,0	120,21
	високий	9	19,1	12	26,1	21,21
Настрій	низький	7	14,9	4	8,7	21,21
	середній	17	36,2	27	58,7	70,71
	високий	23	48,9	15	32,6	56,57
Всього		47	100	46	100	

Як видно з таблиці, результати дослідження за всіма трьома шкалами методики САН контрольної та експериментальної груп мають статистично значимі відмінності. Аналізуючи результати дослідження контрольної групи,

можна сказати, що вона характеризується переважно середніми значеннями самопочуття, настрою та активності (за методикою САН).

Згідно методики, результати 4 та нижче свідчать про знижене самопочуття, а також настрої та активність. Результати 5 та вище свідчать про хороше самопочуття. Відповідно, результати в межах від 4 до 5 вважаємо середніми.

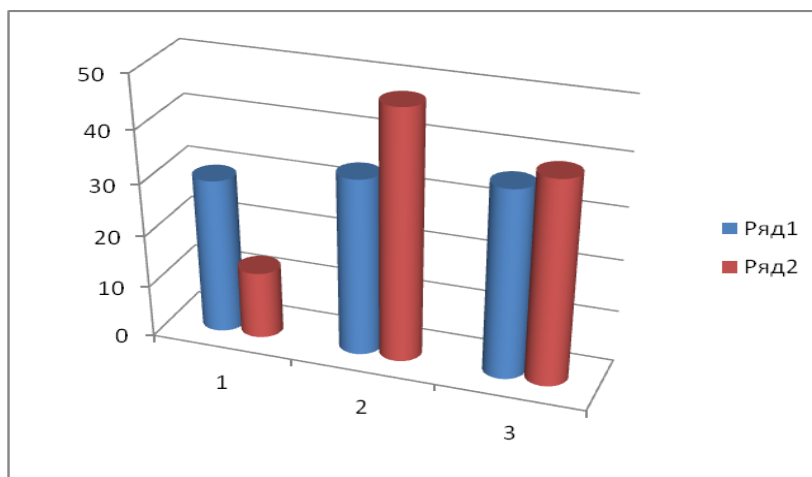


Рис.1. Результати по шкалі «самопочуття» методика САН (ряд 1 – експериментальна група, ряд 2 – контрольна група; 1- низький, 2 – середній, 3 – високий рівень показника)

За шкалою «активність», розподіл дещо інший: більше половини досліджуваних відзначають низький рівень активності (55,3%) і лише 19,1% відзначають високий рівень активності (рис.2.).

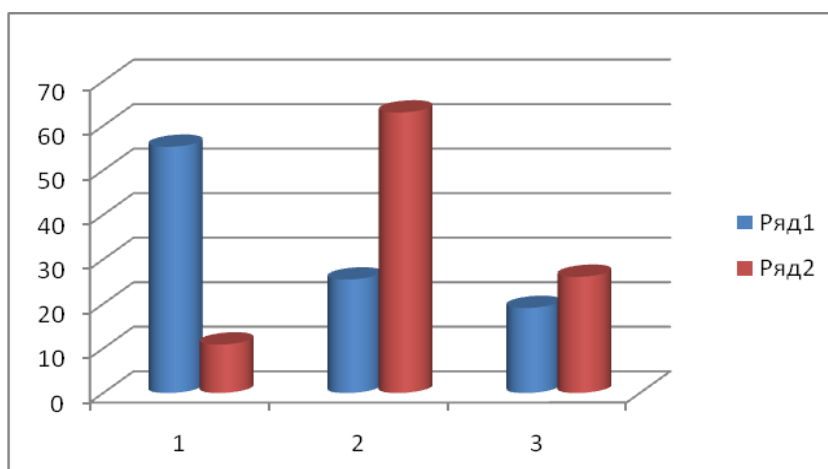


Рис. 2. Результати по шкалі «активність» методика САН(ряд 1 – експериментальна група, ряд 2 – контрольна група; 1- низький, 2 – середній, 3 – високий рівень показника)

Остання шкала даної методики – «настрій». За цією шкалою виявлено кардинально інші результати: майже половина досліджуваних відзначають хороший настрій (48,9%), близько третини – середній (36,2%) і лише 14,9% респондентів експериментальної групи відзначають поганий або не дуже хороший настрій (рис. 3.).

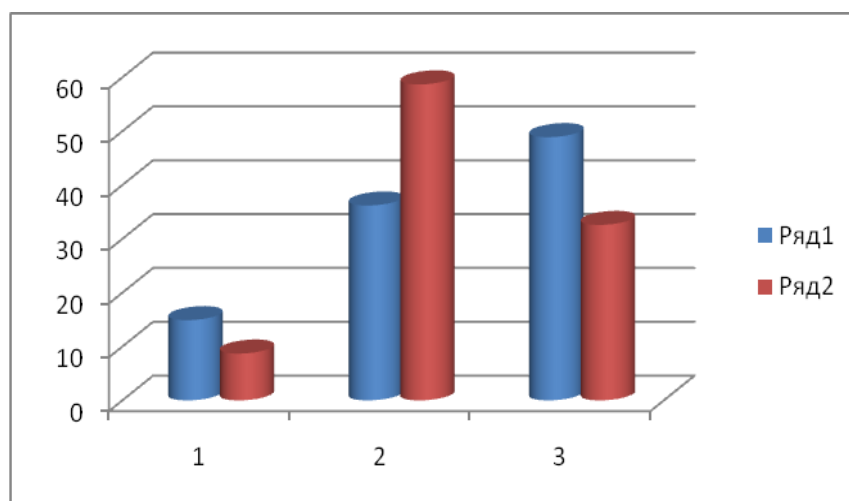


Рис. 3. Результати по шкалі «настрій» методика САН (ряд 1 – експериментальна група, ряд 2 – контрольна група; 1- низький, 2 – середній, 3 – високий рівень показника)

Отже, аналізуючи розподіл результатів в групі, можна відзначити, що респонденти експериментальної групи перебували переважно в нормальному та хорошому настрої, в більшості нормально почувались, але відзначались деякою пасивністю, що можна пов'язати із загальною втомою. Водночас, показники респондентів експериментальної групи за методикою САН статистично достовірно відрізнялися від таких у контрольній групі досліджуваних, у яких показники за всіма трьома шкалами даного опитувальника були переважно середнього рівня

Аналізуючи результати методики «Самооцінка психічних станів» за Айзенком (таблиця 2.), ми виявили, що у досліджуваних експериментальної групи переважає середній рівень тривожності (25 осіб) і лише у 5 із 47 осіб ми виявили високий рівень тривожності.

Результати дослідження психоемоційних станів респондентів за методикою Айзенка

Рівень показника		Експериментальна група		Контрольна група		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей (f=91, tкритичне=1,987 при рівні значимості α=0,05)
		абс. число	%	абс. число	%	
Фрустрація	низький	27	57,5	18	39,1	63,64
	середній	14	29,7	28	60,9	98,99
	високий	6	12,8	0	0	42,43
Тривожність	низький	16	34,0	14	30,4	14,14
	середній	25	53,2	32	69,6	49,50
	високий	6	12,8	0	0	42,43
Агресивність	низький	10	21,3	20	43,5	70,71
	середній	32	68,1	24	52,2	56,57
	високий	5	10,6	2	4,3	21,21
Ригідність	низький	8	17,0	21	45,7	91,92
	середній	29	61,7	23	50,0	42,43
	високий	10	21,3	2	4,3	49,50
Всього		47	100	46	100	

Найкращі показники за шкалою «фрустрація», більше половини досліджуваних (27 осіб) відзначають відсутність фрустрації, високий рівень стійкості до невдач та долання труднощів і лише у 6 осіб демонструють високий рівень фрустрованості, страх труднощів та невдач.

За шкалою «агресивність» лише 5 осіб виявляють високий рівень агресивності згідно методики, через що можуть виникати труднощі в спілкуванні та роботі з людьми. Більшість досліджуваних виявляють середній допустимий рівень агресивності (32 особи) та 10 осіб відзначаються спокоєм та витримкою.

Найбільш високі результати ми відзначаємо за шкалою «ригідність». Лише 8 осіб відзначаються відсутністю ригідності, легкістю та гнучкістю. У 29 осіб – середній рівень ригідності та 9 осіб характеризуються сильно

вираженою ригідністю, стереотипністю поведінки, поглядів, переконань, їх незмінністю навіть у випадках розбіжності з реальністю (рис.4.).

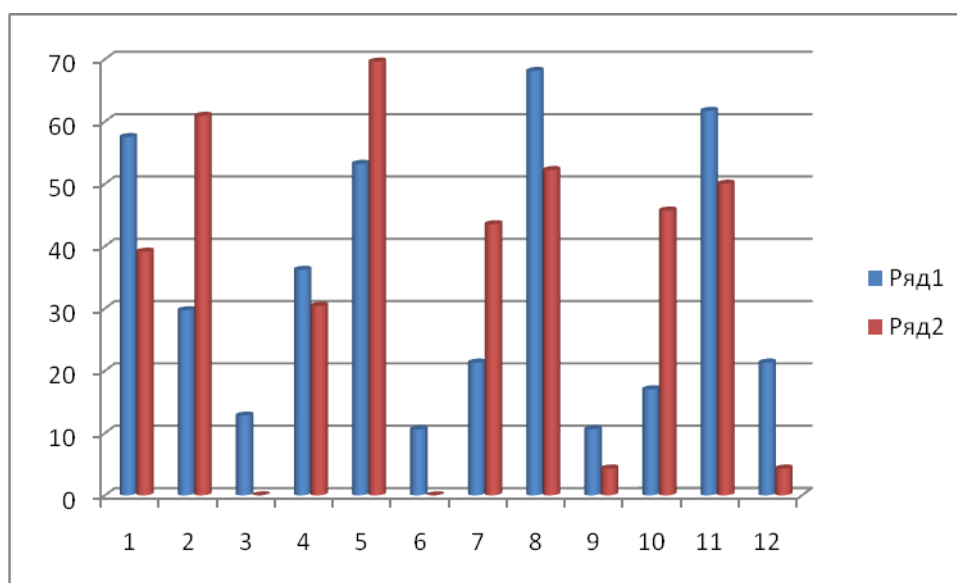


Рис.4. Результати дослідження психоемоційних станів респондентів за методикою Айзенка (ряд 1 –експериментальна, ряд 2 – контрольна група; 1-3 – фрустрованість, 4-6 – тривожність, 7-9 – агресивність, 10-12 – ригідність; 1 – низький, 2 – середній, 3 – високий рівень показника)

Згідно тесту «Чи в порядку ваші нерви?» ми виявили, що в групі досліджуваних немає надто дратівливих осіб, які характеризуються надмірною вибуховістю та нестриманістю. Але також ми виявили в експериментальній групі лише 3-х осіб, які набрали 11 балів та менше, тобто, характеризуються абсолютним спокоєм та рівновагою. Решта досліджуваних потрапили до найбільш поширеної групи осіб, тобто тих хто дратується через серйозні неприємності або невдачі, спокійно реагуючи на дрібні непорозуміння.

Згідно методики В. Коулмана «Ваші нерви», також було виявлено відсутність надмірно дратівливих осіб (тих хто набрав 25 і більше балів). Більшість досліджуваних експериментальної групи врівноважені (34 особи), 8 осіб характеризуються середнім рівнем дратівливості, та 5 осіб

«товстошкірі», емоційно обмежені, такі що не проявляють особливих почуттів (таблиця 3., рисунок 5.).

Таблиця 3.

Результати дослідження психоемоційних станів респондентів за методикою Коулмана «Ваші нерви»

Рівень показника	Експериментальна група		Контрольна група		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей (f=91, t _{критичне} =1,987 при рівні значимості $\alpha=0,05$)
	абс. число	%	абс. число	%	
Надмірно дратівливі	0	0	0	0	0
Середній рівень дратівливості	8	17,1	12	26,1	28,28
Врівноважені	34	72,3	26	56,5	56,57
«Товстошкірі» (абсолютно спокійні та врівноважені)	5	10,6	8	17,4	21,21
Всього	47	100	46	100	

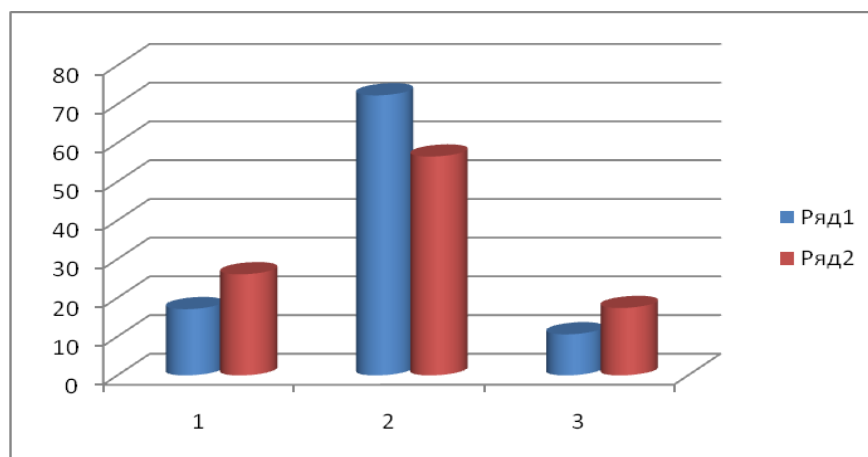


Рис. 5. Розподіл результатів досліджуваних за тестом В. Коулмана (ряд 1- експериментальна, ряд 2 – контрольна група; 1 – середній, 2 – помірний, 3 – низький рівень дратівливості)

В контрольній групі, на відміну від експериментальної, більше респондентів показували як середній, так і низький рівні дратівливості, тоді як у респондентів експериментальної групи, порівняно з контрольною,

частіше зустрічався помірний рівень дратівливості. Втім, незважаючи на статистичну значимість відмінностей між групами за цим тестом, істотно вираженої різниці між показниками основної та контрольної груп по суті немає.

Фізіономічний тест Куніна також показав цікаві результати. Зокрема, жоден з досліджуваних як експериментальної, так і контрольної груп не обрав обличчя, яке відображає дуже поганий або поганий настрій. Але також ніхто з обох груп не обрав обличчя, яке відображає дуже хороший настрій. В основній групі 30 осіб із 47 обрали обличчя яке відображає спокійний урівноважений настрій, 11 – дещо понижений настрій і лише 6 осіб – хороший настрій (таблиця 4., рис. 6.).

Отже, можна сказати що у досліджуваних обох груп, незважаючи на статистично значимі відмінності показників, що свідчать про більшу кількість респондентів із пониженим настроєм в експериментальній, і, навпаки, більше з хорошим настроєм у контрольній, досліджуваних групах, у цілому переважає середній (врівноважений) настрій з незначними відхиленнями.

Таблиця 4.

Результати дослідження психоемоційних станів респондентів за проективним фізіономічним тестом Куніна

Настрій	Експериментальна група		Контрольна група		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей (f=91, tкритичне=1,987 при рівні значимості $\alpha=0,05$)
	абс. число	%	абс. число	%	
Дуже поганий	0	0	0	0	0
Понижений	11	23,4	4	8,7	49,50
Спокійний, врівноважений	30	63,8	32	69,6	14,14
Хороший	6	12,8	10	21,7	28,28
Дуже хороший	0	0	0	0	0
Всього	47	100	46	100	

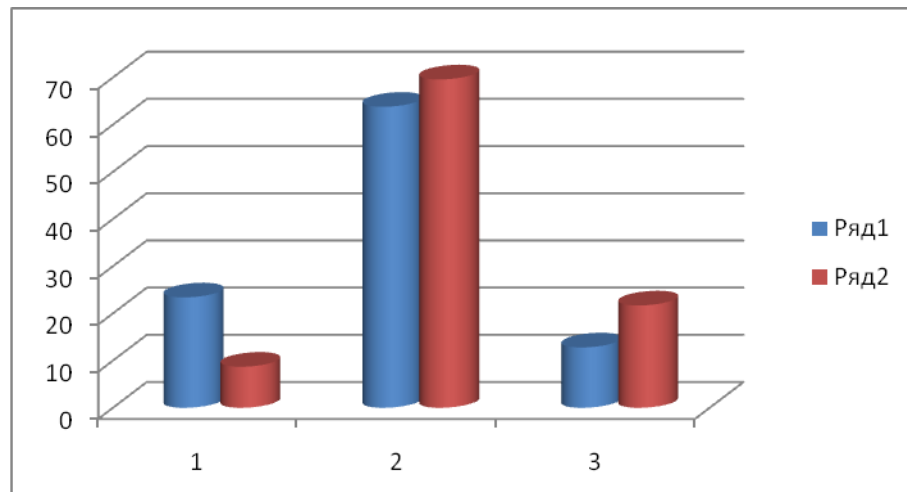


Рис.6. Відсотковий розподіл результатів фізіономічного тесту (ряд 1- експериментальна, ряд 2 – контрольна група; 1 – понижений, 2 – врівноважений, 3 – гарний настрій).

За допомогою описової статистики, ми визначили в експериментальній групі (ЕГ) середні значення по кожній шкалі, а також стандартне відхилення (табл.5.). Також ми визначили максимальні та мінімальні значення по кожній шкалі і медіану (зважаючи на ненормальність розподілу).

Таблиця 5.

Описова статистика результатів дослідження експериментальної групи до проходження корекції в порівнянні з контрольною

Показники	Середнє значення		Медіана		Minimum		Maximum		Std.Dev.	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Самопочуття	4,16	4,26	4,20	4,35	2,30	2,30	6,50	6,50	1,28	1,12
Активність	4,30	4,35	3,90	4,20	3,00	2,80	6,70	6,70	1,06	1,03
Настрій	4,97	4,96	4,90	4,85	3,30	3,30	6,10	6,10	0,90	0,88
Тривожність	10,48	10,02	9,50	9,00	5,00	5,00	19,00	19,00	4,38	3,96
Фрустрація	8,96	7,59	6,00	6,00	4,00	4,00	18,00	18,00	4,48	3,60
Агресивність	10,11	10,00	10,00	10,00	4,00	4,00	15,00	15,00	3,29	3,25
Ригідність	10,13	9,20	10,50	9,00	3,00	0,00	16,00	16,00	4,31	4,05
Ваші нерви	13,54	13,41	15,50	14,00	1,00	1,00	21,00	21,00	5,20	4,86
Чи в порядку Ваші нерви	21,61	20,41	19,50	19,00	10,00	10,00	37,00	36,00	7,27	6,67
Фізіогномічний тест Куніна	3,91	3,98	4,00	4,00	3,00	3,00	5,00	5,00	0,59	0,65

Згідно цих даних, можемо також зробити висновок, що в групі переважає середній рівень самопочуття, настрою та активності за методикою САН (в межах 4-5 балів); за методикою самооцінки психічних станів найнижче проявляється фрустрація інші показники проявляються в групі приблизно рівномірно, в межах середнього; рівень дратівливості за обома методиками («Ваші нерви» та «Чи в порядку ваші нерви?») також на середньому рівні. Також ми здійснили аналогічну, порівняльну, діагностику контрольної групи (КГ), яка включала 46 осіб і характеризувалася середніми значеннями тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності (за методикою Айзенка), помірним рівнем дратівливості та знервованості; за тестом Куніна в цій досліджуваній групі переважає настрої спокійний та врівноважений (таб.5.).

Ми порівняли усереднені дані результатів дослідження експериментальної та контрольної групи, але, зважаючи на ненормальність розподілу даних, для порівняння обрали значення медіани а не середні значення (рис. 7.).

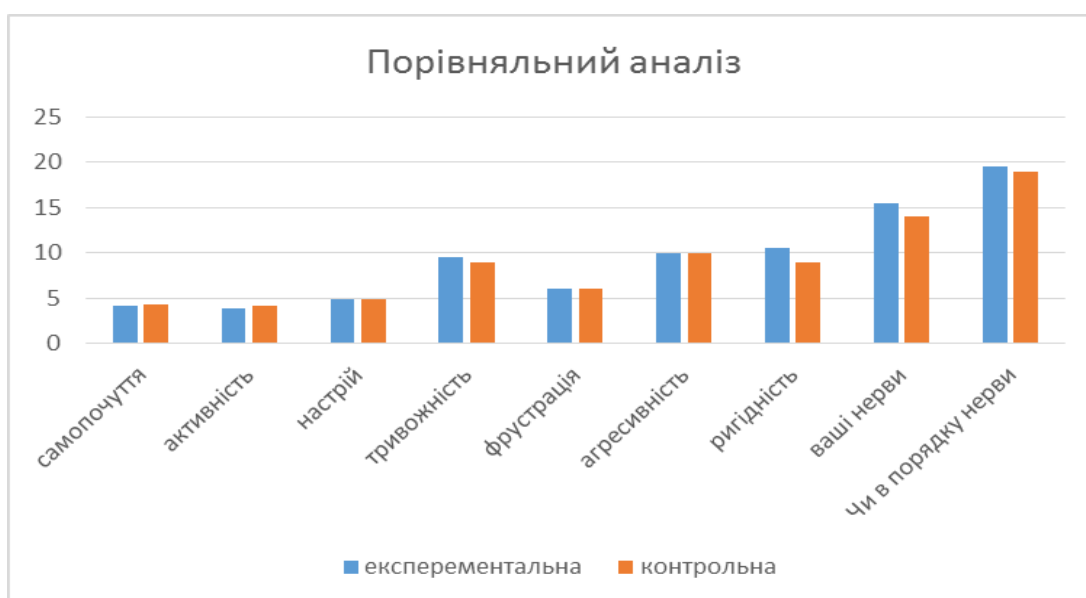


Рис.7. Порівняння медіанних значень контрольної та експериментальної груп

Отже, як ми бачимо є незначні коливання медіанних значень між групами, та наскільки вони значимі, ми перевірили за допомогою

статистичного аналізу U-критерій Манна-Уїтні, і за цим критерієм не виявили жодної статистично значимої відмінності між групами.

В обох групах окремо ми здійснили аналіз взаємозалежностей за допомогою аналізу рангових кореляцій Спірмана (табл.6.).

Таблиця 6.

Кореляційні зв'язки різних психоемоційних станів в контрольній та експериментальній досліджуваних групах

Шкала	Експериментальна група		Контрольна група	
	R-Спірмана	P	R-Спірмана	P
Самопочуття та агресивність	-0,39	0,006	-0,39	0,007
Самопочуття та ригідність	-0,38	0,007	-0,32	0,027
Активність та тривожність	-0,42	0,003	-0,39	0,007
Активність та агресивність	-0,63	0,000	-0,68	0,000
Активність та ригідність	-0,46	0,001	-0,5	0,0003
Настрій та дратівливість	-0,5	0,0004	-0,36	0,01
Тривожність та дратівливість	0,8	0,000	0,57	0,000
Агресивність та дратівливість	0,51	0,0002	0,57	0,000
Ригідність та активність	-0,46	0,001	-0,5	0,000
Ригідність та дратівливість	0,63	0,000	0,49	0,0005

Важливо зауважити, що ми вказали тільки найбільш значимі зв'язки, ігноруючи зв'язки всередині однієї методики.

Можемо побачити, що кореляційні зв'язки в обох групах відповідні, тобто, ці взаємозв'язки не є специфічними для однієї групи.

Так, наприклад, ми виявили обернений кореляційний зв'язок шкали активність з показником тривожність (-0,42, при $p < 0,01$) та агресивність (-0,63, при $p < 0,0001$), що може свідчити про зниження проявів цих станів у разі

збільшення активності. Також ми виявили обернені кореляційні зв'язки між самопочуттям та агресивністю (-0,39, при $p < 0,01$) та ригідністю (-0,38, при $p < 0,01$). Тобто, незмінність поглядів, стереотипність поведінки та агресивність – впливають на самопочуття людини. Або навпаки, при поганому самопочутті людина стає більш агресивною та діє стереотипно.

Відповідно, необхідно діяти в місці меншого опору: у разі, якщо немає об'єктивних причин для поганого самопочуття (серйозні соматичні захворювання) варто впливати на зниження фізичної напруги (шляхом наприклад фізичних вправ) та таким чином знизиться агресивність та ригідність поведінки людини. У разі серйозних соматичних захворювань важливо працювати з агресивністю та ригідністю пацієнта, таким чином суб'єктивне відчуття здоров'я підвищиться. Ми виявили міцні кореляційні зв'язки між дратівливістю та тривожністю (0,8, при $p < 0,0001$) та агресивністю (0,5, при $p < 0,001$), а також обернений з настроєм (-0,5, при $p < 0,001$). Тобто, стан тривожності та агресивності робить людину більш дратівливою, нетерплячою що, в свою чергу, також дуже негативно впливає на настрій. Отже, за допомогою первинної діагностики ми не виявили яскраво виражених негативних психоемоційних станів. В групі спостерігаються переважно середні допустимі значення фрустрації, тривожності тощо. також ми виявили, що активність сприяє зниженню тривожності, агресивності та навіть ригідності поведінки, що в свою чергу призводить до покращення настрою, самопочуття та зниження дратівливості.

Таким чином вважаємо за доцільно застосувати програму тілесно-орієнтованої терапії в даній групі з метою покращення актуального психоемоційного стану та профілактики виникнення негативних психоемоційних станів. Практика тілесно-орієнтованої терапії спрямована на зняття емоційних блоків, поліпшення емоційного сприймання та прийняття через фізичний контакт, вправи, рухи.

Орієнтуючись на методи основоположника тілесно-орієнтованої терапії В. Райха, ми склали програму, спрямовану саме на усунення небажаних

психоемоційних станів, на вивільнення емоційної енергії та переведення емоційного напруження з деструктивного руслу в конструктивне та продуктивне.

Робота складається з кількох етапів і базується на основних принципах:

- Екологічність – в першу чергу будь-який вплив, що здійснюється, несе допоміжну дію, не можна втручатись в особистий простір клієнта, здійснювати тактильний контакт без згоди клієнта.

- Конфіденційність – все що відбувається в межах терапії не повинно вийти назовні ні слова, ні дії, ні зображення клієнта без надання на те попередньої згоди.

- Безоцінність – тобто, ми не оцінюємо і не засуджуємо людину яка звернулась по терапію, не оцінюємо особистість, розумові здібності чи життєвий досвід.

- Увага та терпіння – проявляємо увагу, толерантність та терпіння до дій та почуттів клієнта.

- Без примусу – тобто, якщо клієнт не готовий перейти на наступний етап, даємо можливість зупинитись, зосереджуємо увагу на тому блоці, який гальмує рух, при потребі додаємо вправи саме на цей відділ.

Заняття триває 60-90 хвилин, є груповим та складається з кількох етапів:

1 етап – привітання та встановлення правил. Цей етап необхідний для знайомства, встановлення довірливих стосунків, налагодження атмосфери. Також відбувається гарантування конфіденційності та толерантності усіх учасників.

2 етап – розслаблення. Це важливий етап, адже емоційна напруга тягне за собою м'язову напругу, та навпаки. Відповідно, релаксаційний вплив на м'язи тіла призводить до зменшення нервово-психічного напруження. Тіло та розум нерозривно пов'язані, щоб розслабити тіло, необхідно розслабити розум і навпаки, щоб розслабити розум, потрібно розслабити тіло.

Релаксаційна техніка спрямована на загальне розслаблення тіла через розум і навпаки.

3 етап – дихальні вправи. Дихальні вправи і техніки здатні вивільняти потужні сили і зцілюють енергії розуму і тіла. В медицині є підтвердження помічної дії усвідомленого і контрольованого дихання в профілактиці та лікуванні різних соматичних та психічних розладів. Дихальні вправи в комплексі тілесно-орієнтованої терапії відкривають доступ до несвідомого в психіці та витіснених переживань. Таким чином вивільнюються з підсвідомості негативні програми, блоки, затиски тощо. Крім того, усвідомлене дихання розвиває духовну свідомість. Дихання ефективно допомагає: зняти стрес, подолати тривогу, а також запобігти частим інфекційним захворюванням, покращити роботу шлунково-кишкового тракту та навіть знизити вагу [2].

4 етап – зняття емоційних блоків. На цьому етапі ми використовуємо вправи спрямовані на конкретні м'язові групи (сегменти) і працюємо з конкретними емоційними станами відпрацювання невисловлених емоцій, крику, плачу – робота з щелепою; робота з провинною, тягарем, втомою – плечовий пояс; відпрацювання депресивних станів за допомогою надання опори та відчуття сили в тілі – вправа «Скеля».

5 етап – заключний.

Ми проаналізували результати повторної діагностики експериментальної групи та провели порівняльний аналіз результатів цієї групи до і після корекції за допомогою статистичного аналізу U-критерій Манна-Уїтні. Згідно цього аналізу, ми виявили суттєве статистично значиме зниження тривожності, агресивності, дратівливості та підвищення настрою (табл.7.).

Також ми виявили, що за фізіономічним тестом Куніна досліджувані часто обирали хороший настрій на відміну від зниженого та врівноваженого (таб.8., рис.8.). Тобто, після проходження тілесно-орієнтованої терапії обличчя, яке відображає хороший настрій, обрали значно більше

респондентів, ніж до терапії (17 проти 6 осіб), що навіть більше, ніж аналогічний первинний показник контрольної групи. Також, менше осіб обрали знижений настрій (6 проти 11). Втім, дуже хороших настроїв ні до, ні після корекції не обрали жоден з респондентів. Як бачимо з таблиці, зміни показників психоемоційних станів у бік покращення після психокорекції за тестом Куніна є статистично значимими.

Таблиця 7.

Результати статистичного порівняння даних до і після корекції.

Шкала	До корекції	Після корекції
Тривожність	$Me=9,5$	$Me=7$
Агресивність	$Me=10$	$Me=8$
Дратівливість	$Me=15,5$	$Me=13$
Знервованість	$Me=19,5$	$Me=17$

Таблиця 8.

Результати дослідження психоемоційних станів респондентів основної групи в динаміці до та після психокорекції за проективним фізіономічним тестом Куніна

Настрій	Основна група до психокорекції		Основна група після психокорекції		t-критерій Стьюдента для сукупностей $f=46$ $t_{критичне}=2,013$
	абс. число	%	абс. число	%	
Дуже поганий	0	0	0	0	Парний t-критерій Стьюдента = 4,820 $t_{спостер} > t_{критичне}$ $p=0,000017$
Понижений	11	23,4	6	12,7	
Спокійний, врівноважений	30	63,8	24	51,1	
Хороший	6	12,8	17	36,2	
Дуже хороший	0	0	0	0	
Всього	47	100	47	100	

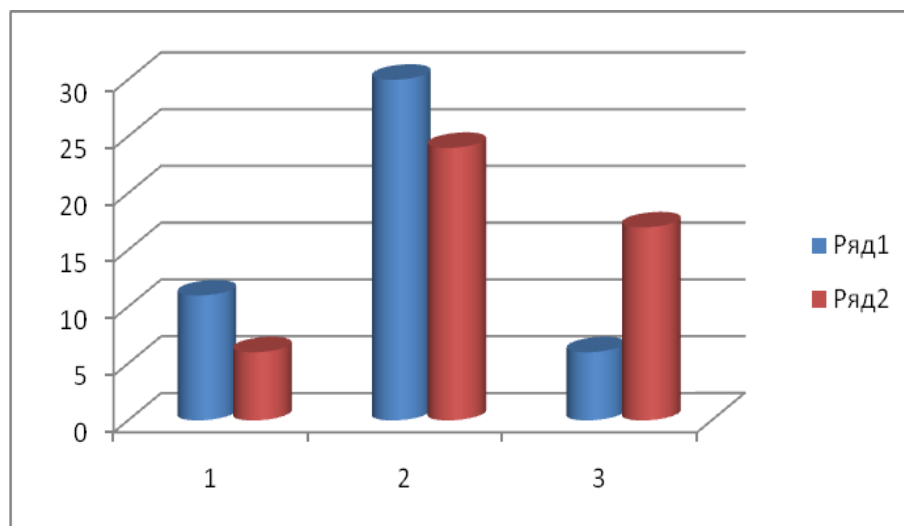


Рис.8. Динаміка настрою досліджуваних до та після психокорекції за фізіономічним тестом Куніна (за кількістю осіб, які обрали конкретне зображення; ряд 1 – до, ряд 2 – після психокорекції; 1- знижений, 2 – спокійний, 3 – хороший настрій).

Аналізуючи методику Самооцінка психічних станів за Айзенком, ми виявили (табл.9.), що після психокорекції жоден із респондентів не проявляє високий рівень тривожності і менше половини (21 осіб) проявляють середній допустимий рівень тривожності, тоді як більше половини досліджуваних (26 осіб) взагалі не відзначають стан тривожності у себе на конкретний момент (рис.9.).

За шкалою фрустрації, можна відзначити що 4 особи виявляють високий рівень фрустрованості, 15 – середній і більше половини (28 осіб) не проявляють фрустрованість. Також, за шкалою «агресія», не виявлено високих показників в жодній особі, тим не менш, майже рівний розподіл осіб із середнім значенням агресивності (25 осіб) та відсутністю агресії (22 особи). Що стосується ригідності, тут ми також спостерігаємо деякі зміни. Високий ступінь ригідності проявляють лише 3 досліджуваних, більшість проявляють середній ступінь (33 особи) і 11 осіб не спостерігається ригідності поведінки.

Порівнюючи динаміку зміни під дією психокорекційної програми цих показників, ми виявили, що кількість осіб, у яких відсутні діагностовані психоемоційні стани (агресивність, тривожність тощо) збільшилась за

кожним показником, окрім фрустрованості, за цією шкалою стабільно низькі результати.

Таблиця 9.

Динаміка самооцінки психічних станів по Айзенку в експериментальній групі (ЕГ) до та після проведення психокорекції

Рівень показника		ЕГ до психокорекції		ЕГ після психокорекції		t-критерій Стьюдента для пов'язаних сукупностей (f=46, t _{критичне} =2,013)
		абс. число	%	абс. число	%	
Фрустрація	низький	27	57,5	28	59,6	Парний t-критерій Стьюдента = 2,315 t _{спостер} >t _{критичне} p=0,025225
	середній	14	29,7	15	31,9	
	високий	6	12,8	4	9,5	
Тривожність	низький	16	34,0	26	55,3	Парний t-критерій Стьюдента = 3,709 t _{спостер} >t _{критичне} p=0,000569
	середній	25	53,2	21	44,7	
	високий	6	12,8	0	0	
Агресивність	низький	10	21,3	22	46,8	Парний t-критерій Стьюдента = 5,775 t _{спостер} >t _{критичне} p=0,000001
	середній	32	68,1	25	53,2	
	високий	5	10,6	0	0	
Ригідність	низький	8	17,0	11	23,4	Парний t-критерій Стьюдента = 3,929 t _{спостер} >t _{критичне} p=0,000291
	середній	29	61,7	33	70,2	
	високий	10	21,3	3	6,4	
Всього		47	100	47	100	

Кількість осіб, у яких діагностовано помірний рівень прояву цих психічних станів, коливається не рівномірно, адже частина осіб у яких до корекції було виявлено помірний рівень розвитку цих станів за допомогою тілесно-орієнтованої терапії змогли їх подолати взагалі. Втім, кількість осіб з високим проявом різних психоемоційних станів суттєво знизилась (рис.9.).

Ми можемо спостерігати, що кількість осіб, у яких проявляється високий рівень різних психічних станів, таких як тривожність, агресивність,

ригідність та фрустрованість, після проходження тілесно-орієнтованої терапії суттєво знизилась, що свідчить про доцільність та ефективність використання такої програми.

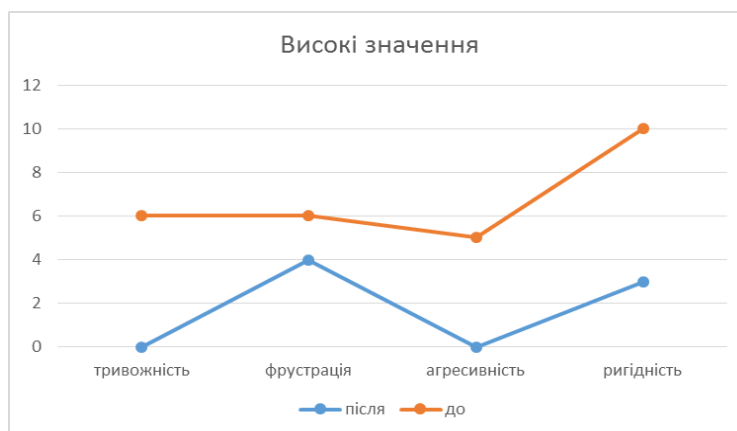


Рис.9. Кількість осіб з високим проявом психоемоційних станів до і після психокорекції.

Отже, можемо зробити висновок, що застосування тілесно-орієнтованої терапії в роботі з тривожністю, агресивністю, ригідністю та фрустрацією є ефективним та рекомендованим

Аналізуючи рівень роздратованості респондентів за методикою «Ваші нерви», ми виявили також деякі зміни. До дослідження в групі спостерігалось 4 особи які характеризуються «товстошкірістю», не проявляють особливих емоцій за будь-яких обставин. Після програми таких осіб лишилося 3. Припускаємо, що така беземоційність може бути наслідком захисного механізму, коли емоції просто блокуються, не дозволяючи людині відчувати зайвих переживань. Це, можливо, сформувалося внаслідок певного життєвого досвіду. Відповідно, після сеансу тілесно-орієнтованої терапії, емоційний затискач розпущено, і емоції спокійно та вільно протікають в організмі. Також ми спостерігаємо зменшення кількості осіб в групі помірної дратівливості та збільшення в групі спокійні та врівноважені. Згідно методики, в групу помірної дратівливості входить велика кількість осіб (ті що набрали бали в діапазоні 10-20), на відміну від інших категорій. Тому, вважаємо для більшої об'єктивності варто прослідкувати динаміку

зміни за кожним окремим досліджуваним. На рисунку 10., за допомогою лінійних графіків, відображено зміну рівня дратівливості осіб.

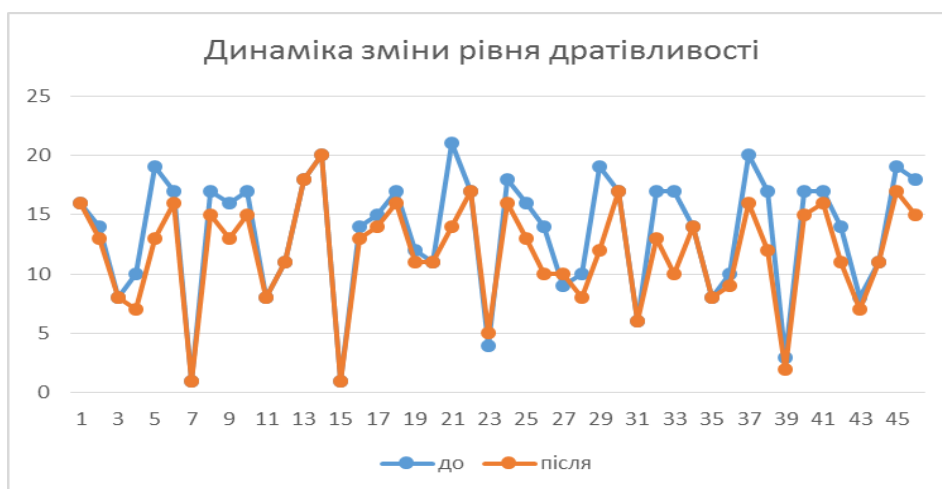


Рис.10. Лінійний графік зміни рівня дратівливості за тестом «Ваші нерви».

Отже, можемо зауважити, що фактично рівень дратівливості кожного респондента знизився і лише у деяких лишився на тому ж рівні. Такі результати можуть свідчити про врівноважуючий та заспокійливий вплив тілесно-орієнтованої терапії.

За тим самим принципом ми проаналізували результати тесту «Чи в порядку ваші нерви?» (рис.11.). На рисунку чітко видно зниження рівня знервованості та роздратованості за кожним окремим досліджуваним. Аналізуючи динаміку зниження дратівливості по кожному досліджуваному, ми бачимо ефективність впливу тілесно-орієнтованої практики.

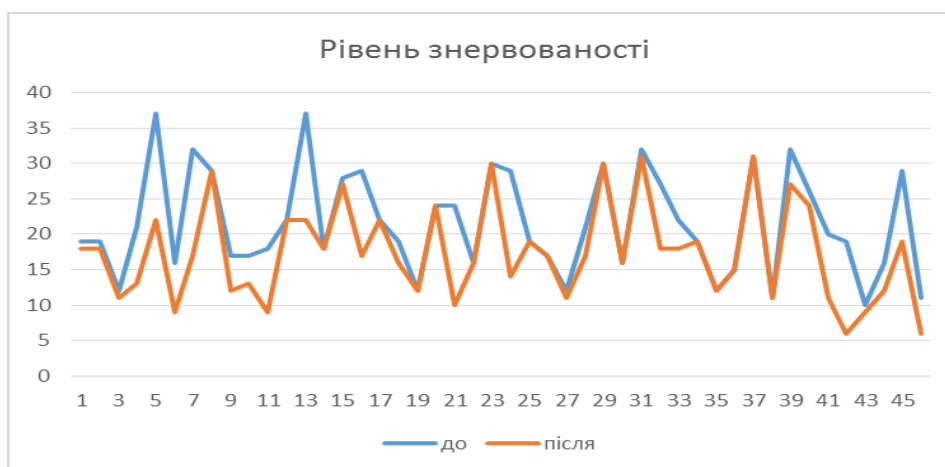


Рис.11. Лінійний графік зміни рівня знервованості за тестом «Чи в порядку ваші нерви?» Коулмана.

Для уявлення загальної картини варто розглянути таблицю описової статистики для групи досліджуваних після корекції (табл.10).

З таблиці чітко видно зниження показника середнього значення по всім шкалам, які досліджують негативні психічні стани, а також ріст середнього показника настрою, самопочуття та активності. Зокрема за показником активність спостерігаються досить високі значення, максимальне з яких – 6,7 що наближено до максимального. Також істотні зміни за шкалою «настрій» та «самопочуття». Після проходження практики тілесно-орієнтованої терапії, у досліджуваних спостерігається зростання активності, покращення настрою та самопочуття.

Таблиця10.

Описова статистика результатів дослідження експериментальної групи після корекції.

	Середнє значення	Медіана	Minimum	Maximum	Std.Dev.
Самопочуття	4,54	4,55	2,70	6,50	1,03
Активність	4,45	4,20	3,20	6,70	0,96
Настрій	5,03	4,90	3,80	6,10	0,82
Тривожність	7,80	7,00	2,00	14,00	3,21
Фрустрація	8,50	6,00	3,00	18,00	4,23
Агресивність	8,54	8,00	3,00	15,00	3,49
Ригідність	9,33	9,00	3,00	16,00	4,15
Ваші нерви	11,83	13,00	1,00	20,00	4,45
Чи в порядку Ваші нерви	17,39	17,00	6,00	31,00	6,76
Фізіономічний тест Куніна	4,22	4,00	3,00	5,00	0,70

Висновки та перспективи подальших досліджень. Отже, на основі проведеного емпіричного дослідження можемо зробити висновок про ефективність впливу тілесно-орієнтованої терапії на покращення психоемоційних станів особистості. За допомогою такої практики можна

ефективно знижувати рівень негативних психоемоційних станів, підвищувати настрій та самопочуття, впливати на якість життя людини шляхом зміни суб'єктивного сприйняття реальності, зміщення акценту в позитивну сторону.

Список використаних джерел

1. Абрамян Н. Д. Психологічні особливості подолання депресії засобами тілесно-орієнтованої психотерапії / Н. Д. Абрамян / інтернет ресурс. – режим доступу: [file:///C:/Users/v/Downloads/Rnpz_2015_7_3%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/v/Downloads/Rnpz_2015_7_3%20(1).pdf)
2. Астремська І. В. Прикладні методики та основи супервізії в соціальній роботі / І. В. Астремська / інтернет ресурс. – режим доступу: <http://lib.chdu.edu.ua/pdf/posibnuku/348/7.pdf>.
3. Газарова Е. Е. Психологія тілесності / Е. Е. Газарова. – М., 2002. – С. 152-156.
4. Гречко Т. П. Загальна характеристика основних психічних станів особистості / Т. П. Гречко // Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Психологічні науки. – №3. – 2010.
5. Коваленко В. М. Стрес і серцево-судинні захворювання: сучасний стан проблеми / В. М. Коваленко // Український кардіологічний журнал. – 2015. – додаток 1. – С. 4-10.
6. Лоуен А. Терапія, яка використовує мову тіла / А. Лоуен. – СПб., 2000. – 271 с
7. Напрєєнкова Т. О. Роль тілесної терапії в самоактуалізації майбутнього педагога / Т. О. Напрєєнкова, О. О. Прокоф'єва // "Наука і освіта". Психологія. – №6. – 2014. – С. 89-93.
8. Нікітін В. М. Психологія тілесної свідомості / В. М. Нікітін. – М.: Алетейа, 1998. – 458 с
9. Плаксіна О. И. Ефективність застосування засобів фітнесу при лікуванні депресії. – Фітнес-аеробіка 2013: матеріали Міжнар. наук.-практ.

інтернет-конфер. 1-2 грудня 2013 р. [Електронний ресурс]. – режим доступу:<http://docplayer.ru/45113889-Fitnes-aerobika-2013.html>.

10. Слабинський В. Ю. Психологічне консультування / В. Ю. Слабинський / Владивосток: вид.-во Далекосхідного ун-ту. – 2003. – 254 с.

11. Степанова С. С. Тілесно-орієнтована терапія / С. С. Степанова / Популярна психологічна енциклопедія. – М.: Екскмо. – 2005. – інтернет ресурс. – режим доступу: <http://enc.com.ua/velika-psixologichna-enciklopediya/suic-temp/106043-tilesno-oriyentovanaterapiya.html>.

References

1. Abrahamyan, N. D. (2015), “ Psychological peculiarities of overcoming of depression by means of body-oriented psychotherapy”, [Online], available at: Pnpz_2015_7_3% 20 (1) .pdf

2. Astremska, I. V., [Online], available at: <http://lib.chdu.edu.ua/pdf/posibnuku/348/7.pdf>.

3. Gazarova, E. E. (2002), *Psykhohohiia tilesnosti* [Psychology of corporeality], Moscow, Ru, pp. 152-156.

4. Grechko, T. P. (210), “General characteristics of the basic mental states of the individual”, *Visnyk Natsional'noi akademii Derzhavnoi prykordonnoi sluzhby Ukrainy. Psykholohichni nauky*, vol. 3., Kyiv, Ukraine.

5. Kovalenko, V. M. (2015), “Stress and cardiovascular diseases: the present state of the problem”, *Ukrains'kyj kardiologichnyj zhurnal*, vol. 1, pp. 4-10.

6. Louin, A. (2000), *Terapiia, iaka vykorystovuie movu tila*, [Therapy that uses body language], SPb., Ru.

7. Nairienkova, T. O. Prokof'eva, O. O. “The role of bodily therapy in self-actualization of the future teacher”, “*Nauka i osvita*”. *Psykhohohiia*, vol.6,pp.89-93.

8. Nikitin, V. M. (1998), *Psykhohohiia tilesnoi svidomosti*, [Psychology of Bodily Consciousness], Aleteey, Moscow, Ru.

9. Plaksina, O. I. (2013), “Efficiency of the use of fitness in the treatment of depression”. - *Fitnes-aerobika 2013: materialy Mizhnar. nauk.-prakt. internet-*

konfer. 1-2 hrudnia 2013 r., [Online], available at: <http://docplayer.ru/45113889-Fitnes-aerobika-2013.html>.

10. Slabinsky, V. Yu. *Psykhologichne konsul'tuvannia*, [Psychological counseling], kind. Far Eastern University, Vladivostok, Ru.

11. Stepanova, S. S. (2005), *Tilesno-oriientovana terapiia*, [Body-Oriented Therapy], *Popular psychological encyclopedia*, Excco, Moscow, . [Online], available at: <http://enc.com.ua/velika-psixologichna-enciklopediya/suic-temp/106043-tilesno-oriyentovanaterapiya.html>.