

ЗМІСТ

<i>Аксьонова С. Ю.</i> РЕПРОДУКТИВНІ ОРІЄНТАЦІЇ СТУДЕНТІВ м.КИЄВА (Uk).....	3
<i>Григор'єва С. В.</i> ДОСЛІДЖЕННЯ АСИМЕТРІЇ МОЗКУ ТА ВЗАЄМОДІЯ СТРУКТУР МОЗКУ В ДІАДІ «МАТИ-ДИТИНА» (Ru).....	17
<i>Грись А. М.</i> СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ СТУДЕНТІВ-ПСИХОЛОГІВ ЯК УМОВА ЇХ УСПІШНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ СОЦІАЛІЗАЦІЇ (Uk).....	41
<i>Древіцька О. О., Філатова О. А.</i> КОРЕКЦІЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК, ЯКІ ЗВЕРНУЛИСЯ ДО ЖІНОЧОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ З ПРИВОДУ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ (Ru).....	62
<i>Здоровенко Н. В., Коляденко Н. В.</i> АВТОРСЬКА КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИТКОВА ПРОГРАМА «УМОВИ ТА ТЕХНОЛОГІЇ ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ПІДЛІТКІВ» (Uk).....	76
<i>Кокун О. М.</i> ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЧИННИКІВ УСПІШНОСТІ ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ ФАХІВЦІВ СОЦІОНОМІЧНИХ ПРОФЕСІЙ (En).....	100
<i>Лебедєва А. С., Коляденко Н. В.</i> ВНУТРІШНЯ КАРТИНА СПРИЙНЯТТЯ ЖІНКОЮ СВОЄЇ ВАГІТНОСТІ (Ru).....	122
<i>Максименко С. Д.</i> ІНФОРМАЦІЙНО-ЕНЕРГЕТИЧНА НУЖДА ЯК ВЛАСТИВІСТЬ ОСОБИСТОСТІ: ДЖЕРЕЛА Й РУШІЙНІ СИЛИ РОЗВИТКУ (Uk).....	144
<i>Мальцев Д. В.</i> АЛГОРИТМ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ, АСОЦІЙОВАНИМИ З ГЕНЕТИЧНИМ ДЕФІЦИТОМ ФОЛАТНОГО ЦИКЛУ (Uk).....	173
<i>Філатова О. А.</i> ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНОГО ПСИХОЛОГА (Uk).....	194
<i>Харченко Є. М., Древіцька О. О., Сиропятов О. Г., Мажбіц В. Б., Михальчук Н. О.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДАХ У КОМБАТАНТІВ (Uk).....	215
<i>Чорна Т. В.</i> ФОРМУВАННЯ РУХОВИХ НАВИКІВ У ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ ІЗ ДОПОМОГОЮ КОМПЛЕКСНОЇ ІГРОВОЇ КІНЕЗІТЕРАПІЇ (Ru).....	237

УДК 314.1:612.6+159.98:171+173:176:316.36

Аксьонова Світлана Юріївна, кандидат економічних наук, провідний науковий співробітник Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України, 02000, бульвар Тараса Шевченка, 62, м. Київ, Україна; svitlana_aksyonova@yahoo.com; +38(068)802-98-60

ORCID ID 0000-0003-0516-9078

РЕПРОДУКТИВНІ ОРІЄНТАЦІЇ СТУДЕНТІВ м. КИЄВА

Анотація

Аксьонова Світлана Юріївна, кандидат економічних наук, провідний науковий співробітник Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України, м. Київ, Україна. **Репродуктивні орієнтації студентів м. Києва.**

Ключові слова: студенти, молодь, демографія, репродуктивні орієнтації, чайлдфрі.

Постановка проблеми. Тривала відсутність народжень у населенні певної місцевості ставить під загрозу його існування. Для своєчасного виявлення тенденцій, негативних для демографічного розвитку суспільства, в нагоді стають обстеження різних груп населення.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У формуванні генеративності сучасних молодих людей утворилися деформації, зокрема посилення чайлдфрі-тенденцій, що збільшують ризики для відтворення населення.

Формулювання мети статті. Мета – дослідити репродуктивні (дітородні) орієнтації студентів м. Києва, встановити домінуючі серед них погляди на шлюб і його форми, виявити мотиви «за» та «проти» народження дітей.

Виклад основного матеріалу. Рандомізована вибірка дослідження склала 316 осіб студентської молоді обох статей. Результати показали, що третина опитаних впевнено визнала, що відмова репродуктивно здорових пар від народження дітей є «повністю виправданою», ще третина «скоріше погоджувалась» із цим. На повну неприйнятність такої поведінки вказали лише 8,6% опитаних. Студенти з кращим матеріальним становищем родини більшою мірою були схильні осуджувати добровільну бездітність. Лідером серед чинників небажання мати дітей став «пріоритет розвитку в професійній сфері», на другому місці опинилася «нелюбов до дітей», третє місце посіли психологічні чинники, а для чайлдфрі-групи «скрутне матеріальне становище», в порівнянні з іншими чинниками, мало менше значення, ніж «бажання більше часу займатися хобі». Студенти, які вказали, що вони є чайлдфрі, як правило, повідомляли, що для них «не існує жодного мотиву для народження дитини». Однак в цілому обстеження підтвердило цінність дітей у сім'ї, адже 55% дівчат і майже 40% юнаків вказали, що саме завдяки народженню дитини вони матимуть повноцінну сім'ю. Негативно і скоріше негативно сприймали аборти 44% опитаних студентів, позитивно і скоріше позитивно ставлення було в 33% респондентів, причому такі відповіді частіше обирали хлопці. Кожний п'ятий респондент не міг чітко визначитися щодо ставлення до абортів. Факт зачаття як початок нового життя розглядали лише біля 31% опитаних, що засвідчує недостатню біоетичну обізнаність населення.

Висновки та перспективи подальших досліджень. В Україні неможливо навести точні статистичні дані щодо кількості чайлдфрі-адептів, поперше, через те, що й досі не було проведено жодного масштабного

цілеспрямованого опитування з цієї проблеми, яке охоплювало б різні верстви і групи населення, по-друге, внаслідок того, що більшість українців, які свідомо відмовляються від народження дитини, поки що не ідентифікують себе повністю з чайлдфрі та не заявляють про це публічно. Втім, у другому десятиріччі XXI століття в нашій країні інтерес до цієї субкультури невпинно зростає, посилюються наміри з'ясувати чинники такої поведінки, що відбувається на тлі формування в суспільстві толерантного ставлення до будь-якої моделі дітородної поведінки. Проведення спеціальних цілеспрямованих досліджень сприятиме розробці ефективної молодіжної політики, спрямованої на подолання психологічних, соціальних та інших проблем, із якими стикається молодь, насамперед щодо планування сім'ї та реалізації репродуктивної функції, що має значення не лише в контексті покращення демографічної ситуації в країні загалом, але й, що вбачається не менш важливим, у відношенні самореалізації та самоактуалізації особистості, становлення її повноцінної зрілості.

Аннотація

Аксенова С. Ю., кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник Института демографии и социальных исследований имени М.В. Птухи НАН Украины, Киев, Украина. **Репродуктивные ориентации студентов г. Киева.**

Ключевые слова: студенты, молодежь, демография, репродуктивные ориентации, чайлдфри.

Постановка проблемы. Длительное отсутствие рождений среди населения определенной местности ставит под угрозу его существование. Для своевременного выявления тенденций, негативных для демографического развития общества, представляют интерес обследования различных групп населения.

Анализ последних исследований и публикаций. В формировании генеративности современных молодых людей образовались деформации, в частности, усиление чайлдфри-тенденций, что увеличивают риски для воспроизводства населения.

Формулировка цели статьи. Цель - исследовать репродуктивные (детородные) ориентации студентов г. Киева, установить доминирующие среди них взгляды на брак и его формы, выявить мотивы «за» и «против» рождения детей.

Изложение основного материала. Рандомизированная выборка исследования составила 316 человек студенческой молодежи обоих полов. Результаты показали, что треть опрошенных уверенно признала, что отказ репродуктивно здоровых пар от рождения детей является «полностью оправданной», еще треть «скорее соглашалась» с этим. На полную неприемлемость такого поведения указали лишь 8,6% опрошенных. Студенты с лучшим материальным положением семьи в большей степени были склонны осуждать добровольную бездетность. Лидером среди факторов нежелание иметь детей стал «приоритет развития в профессиональной сфере», на втором месте оказалась «нелюбовь к детям», третье место заняли психологические факторы, при этом для чайлдфри-группы «тяжелое материальное положение», по сравнению с другими факторами, оказалось менее значимым, чем «желание больше времени заниматься хобби». Студенты, которые указали, что они чайлдфри, как правило, сообщали, что для них «не существует ни одного повода для рождения ребенка». Однако в целом обследование подтвердило ценность детей в семье, ведь 55% девушек и почти 40% юношей указали, что именно благодаря рождению ребенка они будут иметь полноценную семью. Негативно и скорее негативно воспринимали аборты 44% опрошенных студентов, положительное и скорее положительное отношение было у 33%

респондентов, причем такие ответы чаще выбирали юноши. Каждый пятый респондент не мог четко определиться по отношению к абортам. Факт зачатия как начало новой жизни рассматривали лишь около 31% опрошенных, что свидетельствует о недостаточной биоэтической грамотности населения.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. В Украине невозможно привести точные статистические данные по количеству чайлдфри-адептов, во-первых, потому, что до сих пор не было проведено ни одного масштабного целенаправленного опроса по этой проблеме, которое охватывало бы различные слои и группы населения, во-вторых, вследствие того, что большинство украинцев, которые сознательно отказываются от рождения ребенка, пока не идентифицируют себя полностью с чайлдфри и не заявляют об этом публично. Впрочем, во втором десятилетии XXI века в нашей стране интерес к этой субкультуре постоянно растет, усиливаются намерения выяснить факторы такого поведения, что происходит на фоне формирования в обществе толерантного отношения к любой модели детородного поведения. Проведение специальных целенаправленных исследований будет способствовать разработке эффективной молодежной политики, направленной на преодоление психологических, социальных и других проблем, с которыми сталкивается молодежь, прежде всего по планированию семьи и реализации репродуктивной функции, имея значение не только в контексте улучшения демографической ситуации в стране в целом, но и, что представляется не менее важным, в отношении самореализации и самоактуализации личности, становления ее полноценной зрелости.

Annotation

Aksionova S. Yu., PhD of Economic Sciences, Leading Researcher, Ptoukha Institute for Demography and Social Studies of the National Academy of Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine. **Reproductive Orientations of Kyiv Students.**

Key words: students, youth, demography, reproductive orientations, childfree.

Formulation of the problem. Prolonged absence of births in the population of a certain area threatens its existence. Surveys of various groups of the population are used to identify trends that are negative for the demographic development of society in a timely manner.

Analysis of recent research and publications. Deformations have formed in the formation of the generativeness of modern young people, in particular the strengthening of child-free tendencies, which increase the risks for the reproduction of the population.

Formulation of the purpose of the article. The aim is to investigate the reproductive orientations of Kyiv students, to establish the dominant views on marriage and its forms, to identify the motives "for" and "against" the birth of children.

Presenting main material. The randomized sample was 316 students of both sexes. The results showed that a third of respondents confidently acknowledged that the refusal of reproductively healthy couples to have children was "completely justified", while another third "rather agreed" to it. Only 8.6% of respondents indicated the complete unacceptability of such behavior. Students with better financial status of the family were more likely to condemn voluntary childlessness. The leader among the factors of reluctance to have children was the "priority of development in the professional sphere", in second place was "dislike of children", the third place was taken by psychological factors, and for the childfree group "difficult financial situation" was less important than the desire for more time to pursue a hobby. Students who indicated that they were childfree generally reported that "there is no motive for them to have a child." However, in general, the survey confirmed the value of children in the family, as 55% of girls and almost 40% of boys indicated that it is thanks to the birth of a child that they will have a full-fledged family. 44% of

surveyed students perceived abortion negatively and rather negatively, 33% had a positive and rather positive attitude, and such answers were more often chosen by boys. One in five respondents could not clearly identify their attitudes toward abortion. The fact of conception as the beginning of a new life was considered only by about 31% of respondents, which indicates a lack of public awareness of bioethics.

Conclusions and prospects for further research. In Ukraine, it is impossible to provide accurate statistics on the number of child-free followers, firstly, because so far no large-scale targeted survey has been conducted on this issue, which would cover different segments and groups of the population, and secondly, due to that most Ukrainians who deliberately refuse to have a child do not yet fully identify with childfree and do not declare it publicly. However, in the second decade of the XXI century in our country the interest in this subculture is constantly growing, the intention to find out the factors of such behavior, which occurs against the background of the formation of a tolerant attitude to any model of reproductive behavior. Conducting special targeted research will contribute to the development of effective youth policy aimed at overcoming the psychological, social and other problems faced by young people, especially family planning and reproductive function, which is important not only in the context of improving the demographic situation in the country. but also, which is no less important, in relation to self-realization and self-actualization of the individual, the formation of its full maturity.

Ключові слова: студенти, молодь, демографія, репродуктивні орієнтації, чайлдфрі.

Постановка проблеми. Задоволення суспільної потреби в дітях є необхідною складовою забезпечення життєздатності - існування населення або його частини. Відсутність дітей не є «згубною» для окремої людини, але тривала відсутність народжень у населенні певної місцевості ставить під загрозу

його існування. Для своєчасного виявлення формування негативних для розвитку суспільства тенденцій, у нагоді стають обстеження різних груп населення.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У формуванні генеративності сучасних молодих людей утворилися деформації, що збільшують ризики для відтворення населення, адже не формується потреба «продовжувати себе у нових поколіннях» [1]. Посилення чайлдфрі–тенденції, на думку демографів [2], є «об’єктивною демографічною характеристикою нового століття, а свідома відмова від продовження роду – повноцінний фактор народжуваності, який здатен змінити як її кількісні характеристики, так і її структурні показники» [2]. В Україні сьогодні неможливо навести точні статистичні дані щодо кількості чайлдфрі-адептів, по-перше, через те, що й досі не було проведено жодного масштабного цілеспрямованого опитування з цієї проблеми, яке охоплювало б різні верстви і групи населення, по-друге, внаслідок того, що більшість українців, які свідомо відмовляються від народження дитини, поки що не ідентифікують себе повністю з чайлдфрі та не заявляють про це публічно. Втім, у другому десятиріччі XXI століття в нашій країні інтерес до цієї субкультури невпинно зростає, посилюються наміри з’ясувати чинники такої поведінки, що відбувається на тлі формування у суспільстві толерантного ставлення до будь-якої моделі дітородної поведінки.

Формулювання мети статті. Мета – дослідити репродуктивні (дітородні) орієнтації студентів м. Києва, встановити домінуючі серед них погляди на шлюб і його форми, виявити мотиви «за» та «проти» народження дітей.

Виклад основного матеріалу. На початку 2019 р. серед студентів вищих навчальних закладів м. Києва було проведене опитування (рандомізована вибірка склала 316 осіб студентської молоді обох статей) з метою встановити домінуючі серед них погляди і ставлення до шлюбу та його форм, дітородні

наміри, виявити думки стосовно основних мотивів і перешкод для народження дітей. Поряд із зазначеним, респондентам були поставлені запитання щодо їх прихильності до добровільної бездітності – чайлдфрі. Зокрема, з'ясувалося, чи вважають студенти виправданою свідому відмову репродуктивно здорових пар від народження дітей. Результати показали, що третина опитаних впевнено визнала, що відмова репродуктивно здорових пар від народження дітей є «повністю виправданою», ще третина «скоріше погоджувалась» із цим. На повну неприйнятність такої поведінки вказали 8,6% опитаних. Студенти з кращим матеріальним становищем родини більшою мірою були схильні осуджувати добровільну бездітність.

Важливою частиною кожного дослідження щодо дітородних орієнтацій є запитання про бажану кількість дітей у сім'ї. Зазвичай респондентів запитують: «Скільки всього дітей Ви хотіли б мати за наявності необхідних для цього умов?». Саме така постановка дозволяє висвітлити потребу у дітях на мікрорівні. Результати багатьох попередніх спеціальних соціально-демографічних обстежень, проведених в Україні в різні роки, демонструють, що найбільш популярною відповіддю є бажання мати двох дітей. Водночас, в останні роки молоді люди все більше інформують про плани обмежитися народженням однієї дитини, що, ймовірно, спричинене напруженою політичною ситуацією в нашій країні.

В обстеженні студентів м. Києва, близько 12% респондентів не змогли вказати, скільки би вони хотіли б мати дітей за наявності необхідних для цього умов (серед юнаків таких було значно більше, ніж серед дівчат), решта опитаних виявили доволі чіткі уявлення щодо репродуктивних планів на майбутнє. Безумовно, життєві обставини можуть змінити орієнтири, але важливо, що молоді люди свідомо підходять до питань планування сім'ї. Переважна більшість опитаних (41%) має бажання народити двох дітей, майже

19% хотіли би, за наявності всіх необхідних умов, народити трьох або більше дітей, а от 14% навіть за таких умов бажають обмежитися народженням лише однієї дитини. Кожний десятий респондент вказав, що «взагалі не планує мати дітей». Стільки ж повідомлень було про належність молодих людей до групи чайлдфрі, а кожна четверта респондентка зазначила, що вона знайома із прихильниками добровільної бездітності, що свідчить про поширеність цього явища серед української молоді.

Вивчення тих причин вести бездітний спосіб життя, які обговорювалися на форумах, в інтерв'ю, коментарях, популярній літературі, спонукало скласти перелік таких чинників, а респондентам - запропонувати вказати причини небажання мати дітей, які є актуальними безпосередньо для них, у випадку, коли сам/сама студент/студентка є чайлдфрі, або для їхніх знайомих/близьких людей, які є прихильниками чайлдфрі, або висловити думку щодо найбільш вірогідних причин,- причому, можна було відмітити декілька варіантів відповідей.

Найбільший науковий інтерес представляють відповіді студентів, які визнали себе чайлдфрі і, таким чином, вказали не гіпотетичні причини, а ті, що реально спонукають їх до вибору шляху бездітності. Лідером серед чинників небажання мати дітей став «пріоритет розвитку в професійній сфері»: на нього вказали дві третини опитаних прихильників чайлдфрі. На другому місці опинилася «нелюбов до дітей»: цю причину називав кожний другий прихильник чайлдфрі. Ця обставина, а також те, що третє місце посіли такі психологічні чинники, як «моторошно від однієї думки про вагітність, пологи, маленьких дітей» і «не відчуваю, що буду хорошим батьком/матір'ю» (45% студентів, які вказали, що вони чайлдфрі, відмітили кожний із цих чинників) підтверджують, що в формуванні генеративності сучасних молодих людей утворилися деформації, які збільшують ризики для відтворення населення, адже не

формується потреба «продовжувати себе в нових поколіннях» [1]. Посилення чайлдфрі–тенденції, на думку демографів, є «об’єктивною демографічною характеристикою нового століття, а свідома відмова від продовження роду – повноцінний фактор впливу на народжуваність, який здатен змінити як її кількісні характеристики, так і її структурні показники» [2].

Результати проведеного нами обстеження студентів м Києва показали, що для чайлдфрі-групи «скрутне матеріальне становище», в порівнянні з іншими чинниками, має менше значення, на протилежність тому, що приписують у суспільстві тим, хто не хоче мати дітей (рис.1). Натомість «бажання більше часу займатися хобі» для цих студентів є важливішим, ніж у сприйнятті більшості молодих людей, які висловили свою думку з цього питання.

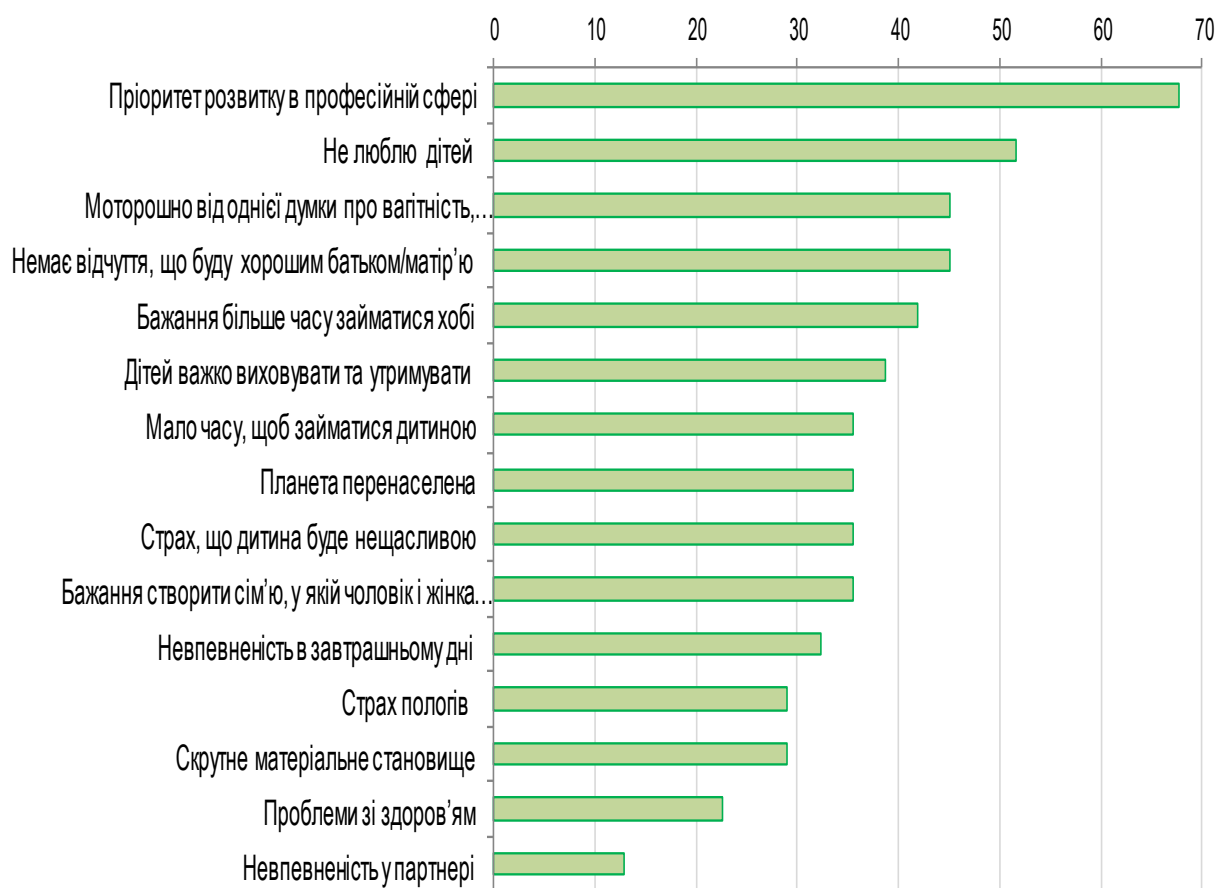


Рис. 1. Розподіл відповідей за причинами небажання мати дітей у респондентів, які вказали, що вони є чайлдфрі, %, обстеження «Студенти Києва, 2019»

Студенти, які вказали, що вони є чайлдфрі, як правило, повідомляли, що для них «не існує жодного мотиву для народження дитини». Інші респонденти здебільшого називали декілька значимих особисто для них мотивів народження дитини. Чітко простежуються різні гендерні підходи до мотивації. Зокрема, у дівчат на першому місці опинився такий мотив як «любов до дітей і можливість дарувати цю любов, піклуватися, виховувати» – на нього вказували кожні дві з трьох студенток, тоді як серед хлопців – кожний другий, і цей мотив був у них на другому місці за частотою вибору. Для юнаків найважливішим виявився мотив «продовження роду» – 64,5% опитаних хлопців відмітили цей варіант відповіді, тоді як дівчата його називали вдвічі рідше. Серед мотивів народити дитину, для дівчат було дуже важливо «мати від коханої людини дитину та виховувати її разом». Хоча для юнаків цей мотив також має велике значення, частота його повідомлень була у півтора рази нижчою, ніж у дівчат. У цілому, обстеження підтвердило цінність дітей у сім'ї, адже 55% дівчат і майже 40% юнаків вказали, що саме завдяки народженню дитини вони матимуть повноцінну сім'ю. «Бажання відіграти свою роль у процесі еволюції» у хлопців було суттєво сильнішим, ніж у дівчат (відповідно 25,% і 18% вказали цей мотив).

Найменш популярними варіантами відповідей виявилися «грошова допомога» і «суспільний тиск, багато хто вважає, що так треба, мої батьки хочуть онуків», що ще раз засвідчує, що допомога має значення лише як підтримка сім'ї у фінансово складний період, а не стимулювання народжень.

Молоді люди мало сподіваються на те, що народження дитини/дітей допоможе «уникнути самотності», але кожний п'ятий опитаний очікує, що діти будуть спроможні «підтримати їх у майбутньому та в старості». Цілком зрозумілою і логічною є невелика частка повідомлень, у яких значимим мотивом народження дитини назване бажання «втілити в дітях свої життєві цілі,

які не вдалося реалізувати у власному житті», адже перед студентами відкривається багато перспектив і вони, по суті, знаходяться лише на порозі власного життя.

Поглибити пізнання репродуктивних орієнтацій студентів дозволяють відповіді щодо їх ставлення до абортів. Негативно і скоріше негативно сприймали аборти 44% опитаних студентів, причому серед дівчат частка тих, хто однозначно негативно ставився до абортів, суттєво перевищувала аналогічну частку серед юнаків (відповідно 27% і 17%); позитивне і скоріше позитивне ставлення було в 33% респондентів, причому такі відповіді частіше обирали хлопці. Кожний п'ятий респондент не міг чітко визначитися щодо ставлення до абортів.

Наведений розподіл відповідей щодо ставлення до абортів стає більше зрозумілим при розгляді думок стосовно того, «коли починається життя людини», адже 40% респондентів були переконані, що воно починається лише з моменту народження. Майже 22% вважали, що життя дитини починається з серцебиття, 3% – з початку рухової активності. Факт зачаття як початок нового життя розглядали лише біля 31% опитаних.

В Україні неможливо навести точні статистичні дані щодо кількості чайлдфрі-адептів, по-перше, через те, що й досі не було проведено жодного масштабного цілеспрямованого опитування з цієї проблеми, яке охоплювало б різні верстви і групи населення, по-друге, внаслідок того, що більшість українців, які свідомо відмовляються від народження дитини, поки що не ідентифікують себе повністю з чайлдфрі та не заявляють про це публічно. Втім, у другому десятиріччі XXI століття в нашій країні інтерес до цієї субкультури невпинно зростає, посилюються наміри з'ясувати чинники такої поведінки, що відбувається на тлі формування в суспільстві толерантного ставлення до будь-якої моделі дітородної поведінки. Проведення спеціальних цілеспрямованих

досліджень сприятиме розробці ефективної молодіжної політики, спрямованої на подолання психологічних, соціальних та інших проблем, із якими стикається молодь, насамперед щодо планування сім'ї та реалізації репродуктивної функції, що має значення не лише в контексті покращення демографічної ситуації в країні загалом, але й, що вбачається не менш важливим, у відношенні самореалізації та самоактуалізації особистості, становлення її повноцінної зрілості.

Список використаних джерел

1. Еріксон Е. Ідентичність: юність і криза / Е. Еріксон.- М.: Флінт, 2006.– С. 149.
2. Русанова Н. Є. Нові тенденції народжуваності в Росії / Н. Є. Русанова // Народонаселення, 2003.- № 3. – с 152.

References

1. Erickson, E. (2006), “*Identichnost': yunost' i krizis*”, [Identity: youth and crisis], Flint, Moscow, Ru.
2. Rusanova, N. E. (2003), “New fertility trends in Russia”, *Narodonaseleniye*, vol. 3, p. 152.

Григорьева Светлана Викторовна, доктор философии в области медицинской психологии, психотерапевт, заместитель руководителя секции психоанализа, специалист психоаналитической психотерапии, детский психотерапевт; Центр семейной нейрокоррекции и психотерапии «Таламус-вита», 65000, ул. Спиридоновская, 18/24, г. Одесса, Украина; svetart501@gmail.com; +38(067) 609-46-09

ORCID ID 0000-0003-3405-9521

ИССЛЕДОВАНИЕ АСИММЕТРИИ МОЗГА И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СТРУКТУР МОЗГА В ДИАДЕ «МАМА-РЕБЕНОК».

Анотація

Григор'єва С. В., доктор філософії в галузі медичної психології, психотерапевт, заступник керівника секції психоаналізу, фахівець психоаналітичної психотерапії, дитячий психотерапевт; Центр сімейної нейрокорекції та психотерапії, м. Одеса, Україна. **Дослідження асиметрії мозку та взаємодія структур мозку в діаді «мати-дитина».**

Ключові слова: діада «мати-дитина», асиметрія зі співвіднесенням латеральності, прихильність, функціональна спеціалізація півкуль, зорові горби, α -ритм, післяродовий стрес, патологія розвитку, позна асиметрія.

Постановка проблеми. Дослідження асиметрії мозку в діаді «мати-дитина» в рамках теорії прихильності є необхідними та актуальними, тому що для розвитку дитини перший триместр є морфо-створюючим.

Актуальність дослідження. Відповідність або невідповідність параметрів асиметрії мозкових структур учасників взаємодії є важливим

фактором у взаєморозумінні між людьми. Нас цікавила наявність зв'язку між різними асиметричними мозковими елементами в діаді «мати-дитина», і як розподіляються ці параметри (латеральність) у парі «дитина-мати».

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Дослідники моделі прив'язаності «мати-дитина» приділяють значну увагу міміці матері як одному з основних об'єктів, що формують систему «мозок-тіло» немовляти. Пошук близькості відбувається через візуальний контакт з матір'ю, але особливо шляхом слідування за матір'ю і встановлення тілесного контакту з нею.

Формулювання мети статті. Мета нашого дослідження – визначити роль асиметрії мозкових структур матері та дитини в формуванні патологічної або нормальної прихильності.

Викладення основного матеріалу. В дослідженні вивчалися латеральні показники позної асиметрії мозку 312 підлітків та їхніх матерів. Для дослідження використовували 4 показники латерального профілю: переплетення пальців рук, схрещення рук на грудях («поза Наполеона»), прицілювання (виявлення домінантного ока) та аплодування (знаходження активної руки).

Дослідження показали, що в нашій вибірці матери з дитиною мають достовірну зворотну залежність в очних буграх. Оскільки α -ритм у немовлят відсутній, і враховуючи дані, отримані нами, про зв'язок між мамою і дитиною в зоні очних бугрів, можна припустити, що дитина несвідомо підлаштовує свій таламічний водій α -ритму під материнський α -ритм, компенсаторно орієнтує на підтримку сенсорних імпульсів матері, таким чином формується спів-стояння пари «мати-немовля». В дітей із патологією зору контакт із матір'ю відбувається через сомато-сенсорні шляхи, які також замикаються в таламусі. Виходячи з цього, ми можемо припустити, що в перші три місяці відбувається налаштування взаємодії немовляти з матір'ю не стільки через її погляд і міміку,

скільки через деяке резонансне спів-налаштування мозку дитини з мозком матері через посередництво α - ритму. Цей період можна назвати «четвертим триместром вагітності».

Висновки та перспективи подальших досліджень. Визначення ведучого ока в матерів та їхніх дітей показало значиму негативну кореляцію, що підтверджує різницю в латералізації, локалізованій у таламусі, де розташовані «очні бугри». Дитина несвідомо підлаштовує свій таламічний водій α -ритму під материнський α -ритм, компенсаторно орієнтуючись на підтримку сенсорних імпульсів матері. Вірогідно, в стані стійкої реакції гіперактивності кори ((hyperarousal), «лівопівкульна» мати, щоб заглушити тривогу, може повністю «вимкнути» сигнали (прохання про допомогу), що надсилає їй її «правопівкульна» дитина. Тим самим вона, намагаючись від'єднати передачу «небезпечної» інформації, що не відповідає її стилю мислення, спричиняє дефіцити в розвитку дитини. Невідповідність функціональної асиметрії мозкових структур учасників взаємодії пари «мати-дитина», в разі зрілої особистості матері, створює «нормальну» прихильність через анатомічний і психологічний баланс.

Таким чином, конфлікт різних стилів мислення матері й дитини закладений на глибинному рівні, що може бути однією з умов забезпечення еволюційного розвитку людини.

Анотація

Григорьева С. В., доктор філософії в області медичної психології, психотерапевт, заступник керівника секції психоаналіза, спеціаліст психоаналітичної психотерапії, дитячий психотерапевт» Центр сімейної нейрокорекції і психотерапії, г. Одеса, Україна. **Исследование**

асимметрии мозга и взаимодействие структур мозга в диаде «мать-ребенок».

Ключевые слова: диада «мать-ребенок», асимметрия с соотношением латеральности, привязанность, функциональная специализация полушарий, зрительные бугры, α -ритм, послеродовой стресс, патология развития, позная асимметрия.

Постановка проблемы. Исследование асимметрии мозга в диаде «мать-ребенок» в рамках теории привязанности являются необходимыми и актуальными, поскольку для развития ребенка первый триместр является морфо-образующим.

Актуальность исследования. Совпадение или несовпадение параметров асимметрии мозговых структур участников взаимодействия является важным фактором во взаимопонимании между людьми. Нас интересовало, существует ли связь между параметрами асимметрии мозговых структур в диаде «мать-ребенок», и как распределяются эти параметры (латеральность) в паре «ребенок-мать».

Анализ последних исследований и публикаций. Исследователи моделей привязанности «мать-ребенок» уделяют большое внимания мимике матери как одному из основных объектов, формирующих систему «мозг-тело» младенца. Поиск близости происходит через визуальный контакт с матерью, но особенно путем следования за матерью и установления телесного контакта с ней.

Формулировка цели статьи. Цель исследования - определить роль асимметрии мозговых структур мамы и ребенка в формировании патологической или нормальной привязанности.

Изложение основного материала. В исследовании изучались латеральные показатели позной асимметрии мозга 312 подростков и их матерей. Для исследования использовались 4 показателя латерального профиля:

переплетение пальцев рук, скрещение рук на груди («поза Наполеона»), прицеливание (выявление доминантного глаза) и аплодирование (нахождение активной руки).

Исследования показали, что в нашей выборке мать с ребенком имеют достоверную обратную зависимость в зрительных буграх. Поскольку, α -ритм у новорожденных отсутствует и, учитывая данные, полученные нами, о связи между мамой и ребенком в зоне зрительных бугров, можно предположить, что ребенок бессознательно подстраивает свой таламический водитель α -ритма под материнский α -ритм, компенсаторно ориентируясь на поддержание сенсорных импульсов матери, таким образом формируется со-стояние пары «мать-младенец». У детей с патологией зрения контакт с матерью происходит через сомато-сенсорные пути, которые также замыкаются в таламусе. Исходя из этого, мы можем предположить, что в первые три месяца идет настройка взаимодействия младенца с матерью не столько через взгляд и ее мимику, сколько через некую резонансную со-настройку мозга ребенка с мозгом матери посредством α - ритма. Этот период можно назвать «четвертым триместром беременности».

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Пробы по определению ведущего глаза у матерей и их детей показали значимую отрицательную корреляцию, что подтверждает различие в латерализации, локализованной в таламусе, где расположены «зрительные бугры». Ребенок бессознательно подстраивает свой таламический водитель α -ритма под материнский α -ритм, компенсаторно ориентируясь на поддержание сенсорных импульсов матери. Возможно, что в состоянии стойкой реакции гиперактивации коры (hyperarousal), «левополушарная» мама, чтобы заглушить тревогу, может полностью «отключить» сигналы (просьбы о помощи) которые посылает ей ее «правополушарный» ребенок. Тем самым она, пытаясь отсоединить передачу

идущей от ребенка противоречащей ее стилю мышления «опасной» информации, вызывает дефициты в его развитии. Несовпадение функциональной асимметрии мозговых структур участников взаимодействия пары «мать-ребенок», в случае зрелой личности мамы, создает «нормальную» привязанность через анатомический и психологический баланс.

Таким образом, конфликт разных стилей мышления мамы и ребенка заложен на глубинном уровне, что может быть одним из условий обеспечения эволюционного развития человека.

Annotation

Grigoryeva S. V., PhD in Medical Psychology, Psychotherapist, Deputy Head of the Psychoanalysis Section, Specialist in Psychoanalytic Psychotherapy, Children's Psychotherapist; Center for Family Neurocorrection and Psychotherapy, Odessa, Ukraine. **Study of Brain Asymmetry and the Interaction of Brain Structures in the Mother-Child Dyad.**

Keywords: mother-child dyad, asymmetry with lateral correlation, attachment, functional specialization of the hemispheres, visual cusps, α -rhythm, postpartum stress, developmental pathology, postural asymmetry.

Formulation of the problem. The study of brain asymmetry in the mother-child dyad, within the framework of the theory of attachment, is necessary and relevant, since the first trimester is morpho-forming for the development of the child.

The relevance of research. We were interested in whether there is a connection between the asymmetry parameters of brain structures in the mother-child dyad, and how these parameters (laterality) are distributed in the child-mother pair.

Analysis of recent research and publications. Researchers of mother-child attachment models pay great attention to mother's facial expressions, as one of the main objects that form the baby's brain-body system.

Formulating the purpose of the article. The purpose of the study is to determine the role of asymmetry of the brain structures of mother and child in the formation of pathological or normal attachment.

The presentation of the main material. The study examined lateral brain asymmetry indicators of 312 adolescents and their mothers. For the study, we used 4 indicators of the lateral profile: the interlacing of the fingers, the crossing of the arms on the chest (“Napoleon's pose”), aiming (revealing the dominant eye) and applause (finding the active arm).

Studies have shown that mother and child have a significant inverse relationship in the visual tubercles. The child unconsciously adjusts its thalamic α -rhythm driver to the maternal α -rhythm, compensatory focusing on maintaining the mother's sensory impulses. In children with visual pathology, contact with the mother occurs through somato-sensory pathways, which also close in the thalamus. Probably, in the first three months, the interaction between the infant and the mother is set up not so much through her eyes and her facial expressions as through the resonant mutual tuning of the child's brain with the mother's brain through the α -rhythm. This period can be called the "fourth trimester of pregnancy."

Conclusions and prospects for further research. The child unconsciously adjusts its thalamic α -rhythm driver to the maternal α -rhythm, compensatory focusing on maintaining the mother's sensory impulses. It is possible that in the state of a persistent reaction of hyperarousal cortex, the “left hemisphere” mother, trying to disconnect the transmission of “dangerous” information coming from her child, which contradicts her thinking style, causes deficiencies in her development. The mismatch of the functional asymmetry of the brain structures of the mother and child, in the case of a mature mother's personality, creates a “normal” attachment through anatomical and psychological balance.

Thus, the conflict of different styles of thinking of mother and child is laid at a deep level. This may be one of the conditions for ensuring the evolutionary development of man.

Ключевые слова: диада «мать-ребенок», асимметрия с соотношением латеральности, привязанность, функциональная специализация полушарий, зрительные бугры, α -ритм, послеродовой стресс, патология развития, позная асимметрия.

Постановка проблемы. Исследование асимметрии мозга в диаде «мать-ребенок» в рамках теории привязанности являются необходимыми и актуальными, поскольку для развития ребенка первый триместр является морфо-образующим.

Актуальность исследования. Наблюдая в практике, что совпадение или несовпадение параметров асимметрии мозговых структур участников взаимодействия является важным фактором во взаимопонимании между людьми, мы заинтересовались, может ли это оказывать влияние на «нормальную» семейную привязанность матери и ребенка, и решили исследовать это через физиологические показатели. Нас интересовало, существует ли связь между параметрами асимметрии мозговых структур в диаде «мать-ребенок», и как распределяются эти параметры (латеральность) в паре «ребенок-мать».

Анализ последних исследований и публикаций. Представим краткий теоретический анализ исследований как в области асимметрии центральной нервной системы (ЦНС), так и в области отношений, привязанности.

Джон Боулби говорит, что привязанность есть семейные узы, которые формируются в детстве и являются эмоциональной основой всей жизни. Мать и

младенец входят в некую саморегулирующуюся систему, части которой взаимообусловлены. Система привязанности представляет собой первичную, генетически закреплённую мотивационную систему, которая активируется сразу после его рождения между первичным значимым лицом и младенцем, обеспечивая функцию выживания [1, с. 36].

Исследователи моделей привязанности «мать-ребенок» уделяют большое внимание мимике матери как одному из основных объектов, формирующих систему «мозг-тело» младенца. Они отмечают, что часто восприятие эмоций на материнском лице генерирует резонансное эмоциональное состояние у ребенка. Поиск близости происходит через визуальный контакт с матерью, но особенно путем следования за матерью и установления телесного контакта с ней [1, с. 37].

Внимание ученых в исследовании асимметрии ЦНС детей и родителей было в основном, направлено на выявления наследственных факторов леворукости (Д. Леви и Т. Нагилаки) [2]. Ли Солк научно описал феномен яркого проявления асимметрии в социальном поведении человека, как предпочтение держать ребенка с левой стороны от себя [7]. Им было обнаружено достоверное влияние эмоционального состояния матери на асимметричное расположение ребенка. Оказалось, что женщины, страдающие послеродовой депрессией, не проявляют левостороннего предпочтения [7].

Много исследований также проводится в области регуляции чувств через привязанность в отношениях. Алан Шор разработал детальную схему, связывающую когнитивные, эмоциональные, телесные стадии развития с радикальными изменениями в организации мозга. Оказалось, что сенсорная информация извне в иерархическом порядке обрабатывается лимбическими и кортикальными отделами мозга, что влияет на автономную нервную систему. Описывая привязанность младенца, он фокусировался на амигдале, поясной извилине и орбито-фронтальной коре. Каждый из этих отделов выступает как

самостоятельная функциональная система и как зона для объединения информации. При нарушении привязанности отмечается торможение развития правого полушария, уменьшение объема гиппокампа, мозолистого и миндалевидного тела, а также не происходит созревание орбито-фронтальной коры [5].

Термин «латеральность» (лат. *laterālis* «боковой») нами используется в значении асимметрии как неполной идентичности левой и правой половин тела. Латеральность может проявляться на анатомическом, биохимическом, физиологическом и функциональном уровнях [2].

Формулировка цели статьи. Цель исследования - определить роль асимметрии мозговых структур мамы и ребенка в формировании патологической или нормальной привязанности.

Задачи исследования: выяснить, существует ли связь между мозговыми структурами участников взаимодействия в диаде «мама-ребенок» Мы предположили, что параметры функциональной асимметрии мозга ребенка и матери могут быть зеркально-симметричными, что возможно создает особое взаимодействие в паре.

Изложение основного материала. В исследовании изучались латеральные показатели поздней асимметрии мозга 312 подростков и их матерей (переплетение пальцев рук, скрещивание рук на груди, прицеливание и аплодирование).

Объект исследования: взаимоотношения в диаде «мать-ребенок».

Предмет исследования: влияние латеральности на качество взаимоотношений в диаде «мать-ребенок».

Методы исследования. Связь между структурами мозга можно исследовать с помощью ЭЭГ. Для выяснения, как соотносится активность разных мозговых структур в паре, мы сопоставили латеральные показатели

матери и ребенка, используя более простые, но достоверные тесты по определению позной асимметрии. Для исследования использовались 4 показателя латерального профиля: переплетение пальцев рук, скрещение рук на груди («поза Наполеона»), прицеливание (выявление доминантного глаза) и аплодирование (нахождение активной руки).

В нашем исследовании принимали участие 312 человек, это были ученики 8-10-х классов и их матери. Выбор возраста испытуемых обусловлен тем, что в 14-16 лет завершается развитие функциональной асимметрии отделов мозга. Нашей задачей было обозначить, не акцентируя внимание на личном профиле латеральности каждого из участников исследования, как в паре «мама-ребенок» строится взаимодействие активности различных мозговых структур.

Известно, что доминантность глаза связана с активностью противоположного «зрительного бугра» и/или таламуса, где осуществляется связь между корой, с одной стороны, и мозжечком и базальными ганглиями - с другой. В нем фильтруется информация, поступающая от всех рецепторов, он осуществляет ее предварительную обработку, и затем она направляется в различные области коры [9]. Переплетение пальцев рук и скрещивание рук на груди, также как и другие движения, возникают за счёт импульсов, идущих по длинным нервным волокнам из коры больших полушарий головного мозга. Они являются аксонами нейронов, расположенных в средней части прецентральной извилины [6]. Манера аплодирования тесно связана с доминантностью руки, как показатель существовавшей изначально асимметрии мозговых структур, не имеющих прямого отношения к манипулятивности рук. Латеральность аплодирования представлена как моторное проявление простых эмоционально-окрашенных движений, которые формируются в лимбико-диэнцефальных структурах ЦНС и являются звеньями функциональной межполушарной асимметрии гестационной доминанты [4, с. 150].

Первоначально в исследовании принимало участие 124 человека. Статистический анализ полученных результатов проводился с использованием коэффициента корреляции Пирсона. Были получены значимые результаты по пробам аплодирования и определения ведущего глаза. Результаты пробы по определению ведущего глаза у матерей и их детей показали высоко достоверную отрицательную корреляцию $r = -0,352$ ($r_{кр} = 0,197$, при $p > 0,05$), свидетельствующую о различии в латерализации, локализованной в таламусе. Также, обнаружена достоверная отрицательная корреляция по пробе аплодирования $r = -0,22$ ($r_{кр} = 0,197$, при $p > 0,05$), за которую отвечает лимбико-диэнцефальная область.

Мы продолжили исследование, расширив количество участников до 312 человек (156 пар). Так как оба исследуемых признака – дихотомические, нами были построены двухходовые таблицы сопряжённости размера 2×2 , что позволило провести более точный статистический анализ полученных результатов. По этим таблицам были рассчитаны следующие показатели степени значимости статистической связи:

- 1) χ^2 -- коэффициент квадратичной сопряжённости хи-квадрат;
- 2) ϕ -- коэффициент контингенции Пирсона;
- 3) Q -- коэффициент ассоциации Юла;
- 4) C -- коэффициент коллигации Юла.

Результаты пробы по определению ведущего глаза у матерей и их детей показали значимую отрицательную корреляцию $\chi^2 = 3.88$ ($p > 0,05$), $\phi = -0.17$, $Q = -0.34$, $C = -0.17$, что подтверждает закономерное различие в латерализации, сфокусированной в таламусе, где расположены «зрительные» или «чувствительные бугры». По трём остальным параметрам (переплетение пальцев рук, скрещение рук на груди и нахождение активной руки при аплодировании) значимых корреляций не выявлено. Связь по аплодированию с

увеличением выборки не подтвердилась. Обнаруженная обратная зависимость по пробе определения ведущего глаза означает, что связь очень сильная и не пропадает с увеличением выборки (рис.1).

Поэты говорят, что глаза – зеркало души. Нейропсихологи могут сказать точнее, что каждый из глаз - зеркало левого либо правого полушария мозга. Основным источником импульсации направляющейся в кору является зрительный бугор. Его ядра получают сигнал из большинства (кроме обонятельных), сенсорных систем, а также из базальных ядер, гиппокампа и мозжечка. Таким образом, в зрительном бугре сосредотачивается и перекодируется информация, поступающая с периферии в кору мозга [3, с. 386].

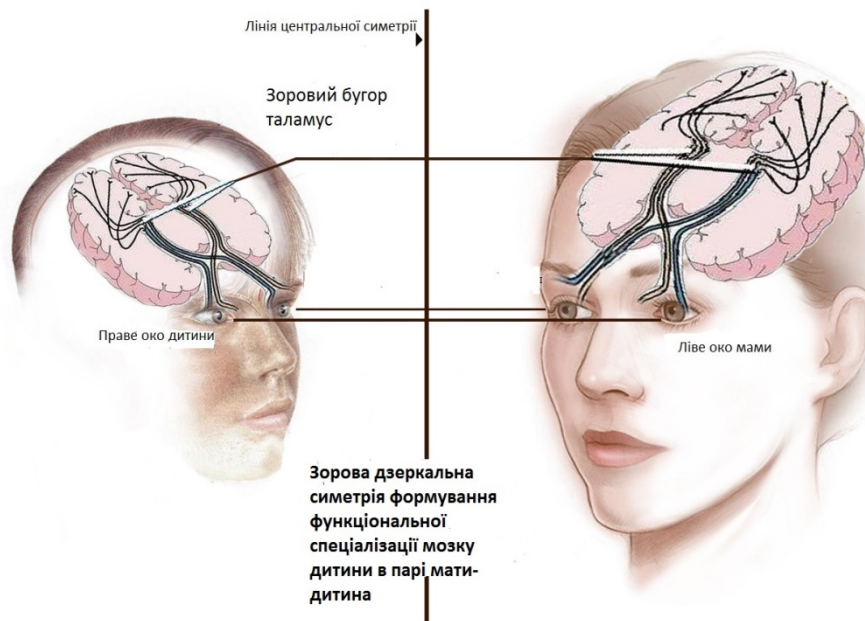


Рис.1. Зрительная зеркальная симметрия мозга ребенка относительно мозга матери.

Джерре Леви и ее коллеги определили, что два полушария различаются информацией, которую они извлекают из зрительных стимулов [2, с. 229].

Таким образом, доминантность в зоне зрительных бугров конкретного индивида определяет, какую именно часть информации способен извлечь этот человек из общего потока сенсорных стимулов. В данном контексте, наше исследование показало, что в случае несовпадения доминантности в зоне зрительных бугров у матери и ребенка, каждый из них извлекает из одинаковых сенсорных стимулов разную информацию. Левое полушарие специализируется на последовательной обработке информации и является более аналитическим и более символическим и вербальным из двух полушарий. В противоположность этому, области правого полушария хорошо справляются с одновременной обработкой различных видов информации, необходимых для восприятия пространственных паттернов и являются более невербальными. Левое полушарие воспринимает и анализирует элементы сложного зрительного объекта, а правое полушарие воспринимает его общую конфигурацию [3, с. 429].

Таким образом, мы можем сформулировать предположение, что в некоторых парах подросток (ребенок) отличается от своей матери диаметрально противоположным стилем «снятия» и обработки информации. Например, если у матери ведущее правое полушарие, то она: может одновременно обрабатывать много разнообразной информации, видит проблему в целом, запоминает образы, лица, чувствует эмоциональную окраску речи, интонацию, ориентируется в настоящем, умеет мечтать и фантазировать. Ее левополушарный ребенок, достигший подросткового возраста, будет анализировать факты, умеет планировать будущее, обрабатывать информацию последовательно, индуктивно мыслить.

Исследования показали, что в нашей выборке мать с ребенком имеют достоверную обратную зависимость в зрительных буграх. Известно, что α -ритм формируется в коре под влиянием импульсов, исходящих из неспецифических ядер зрительного бугра и эти импульсные послышки генерируют таламические

водители α -ритма [3, с. 386]. Наибольшую амплитуду α -ритм имеет в состоянии спокойного бодрствования, особенно при закрытых глазах в затемнённом помещении. Он блокируется или ослабляется при повышении внимания (в особенности зрительного) или мыслительной активности, а также в ситуации стресса, реакции hyperarousal, т.е. стойкой реакции гиперактивации коры. У матери в такие моменты наступает угнетение α -ритма и десинхронизация нейронов коры. У новорожденного ребенка α -ритм отсутствует и начинает проявляться слабыми импульсами только к 3-х месячному возрасту [3]. Нарушения ритмической последовательности α -ритма у мамы в первые несколько месяцев после рождения ребенка могут нарушить формирование таламического синхронизирующего механизма у младенца, так как у ребенка не будет возможности найти α -ритм матери и настроиться на него. Поскольку, α -ритм у новорожденных отсутствует и, учитывая данные, полученные нами, о связи между мамой и ребенком в зоне зрительных бугров, можно предположить, что ребенок бессознательно подстраивает свой таламический водитель α -ритма под материнский α -ритм, компенсаторно ориентируясь на поддержание сенсорных импульсов матери, таким образом формируется состояние пары «мать-младенец». У детей с патологией зрения контакт с матерью происходит через сомато-сенсорные пути, которые также замыкаются в таламусе [6].

Исходя из этого, мы можем предположить, что в первые три месяца, идет настройка взаимодействия младенца с матерью не столько через взгляд и ее мимику, сколько через некую резонансную со-настройку мозга ребенка с мозгом матери посредством α - ритма. И мы могли бы этот период назвать «четвертым триместром беременности».

На сегодняшний день известно, что восприятие ребенком эмоций на материнском лице создает у него соответствующее эмоциональное состояние

[1]. Однако, физиология младенца такова, что в первые месяцы цилиарные мышцы глаз остаются тонкими и слабыми, поэтому ребенку сложно сфокусировать взгляд на объектах, находящихся вблизи. Зрение новорожденного оценивается на уровне ощущения пятен света и тени. Фокусированное зрение появляется только на 2-3 месяце жизни младенца. Возможно, что резонанс (в диапазоне α -ритма) можно осуществить через телесные, поведенческие и психофизиологические проявления мамы, которые способен воспринимать ребенок в этом возрасте (тембр голоса, интонацию, паттерны ритма движений тела мамы и т.д.).

Известно, что α - ритм у нас возникает в состоянии легкой дремы. Это тип электрической активности мозга, в котором лучше проявляются межполушарные взаимодействия, когда внимание человека переключается с внешнего мира на внутренний [1]. И, возможно, в первые три месяца после рождения ребенка, частое пребывание мамы в состоянии настроенности на восприятие внутреннего мира является продуктивным для развития мозга ребенка. А также, что послеродовая депрессия возникает часто из-за сложности переключения внимания мамы на правополушарный стиль мышления, при котором у мамы большая чувствительность, тонкое понимание младенца. Но делать это сознательно, левым мозгом, не получается. Физиологически возникает своеобразное отключение от внешней отвлекающей афферентации, при котором ребенок может получить максимальное мамино внимание и чувственность.

Современная жизнь ставит перед женщиной огромные социальные задачи (работа, общественная деятельность, активная позиция в социальных сетях), и порой ей очень хочется после родов быстро влиться в привычную до появления ребенка жизнь. Но послеродовая перестройка эмоционального состояния (проживание депрессии) для мамы может быть со временем успешно пережита

и скомпенсирована, а для развития ребенка эти три месяца жизни являются морфо-образующими. Очень важно для мамы научиться общаться с младенцем спокойно, корректно настраиваться на его резонанс, ведь необходимость развития правого полушария невероятно велика, это фундамент и для надежной привязанности и для гармоничного развития личности. Однако, результаты исследования NICHD наглядно показали, что если уход за ребенком в первые 15 месяцев осуществляет не мама, а другой человек, это не дает основания для формирования ненадежной привязанности [1]. Видимо, у ухаживающих людей (не обязательно женщин) был хороший α -ритм, который помог выстроить с ребенком надежную привязанность. Таким образом, выше мы описали структуру взаимодействия α - ритма мамы и таламического водителя α -ритма ребенка в норме.

Теперь рассмотрим предположительную схему на уровне психофизиологического взаимодействия в паре «мама-ребенок», которая может формироваться в случаях, когда ребенок патологизируется в когнитивной сфере. Известно, что до двух-трех лет у ребенка активно действует и развивается в основном правое полушарие мозга. Шор считает, что это связано с тем, что именно правое полушарие отвечает за эмоции и привязанность с матерью и жизненно необходимо для выживания, а также известно, что в основе многих психических и психосоматических расстройств лежит функциональная неполноценность правого полушария [5]. У эмоционально зрелой и уравновешенной мамы, обладающей гибкостью мышления и межполушарного взаимодействия, есть возможность настраиваться на правополушарное мышление малыша. А если мама склонна вытеснять свою эмоциональную сферу, ей будет тяжелее построить общение с ребенком. В состоянии стойкой реакции hyperarousal, мозг взрослого человека включает стратегию контроля над правым полушарием, с блокированием сенсорной информации,

поступающей оттуда.

Зная, что в периоде новорожденности, мама с ребенком находятся в состоянии омnipotentного единства, можно предположить, что у левополушарной матери могут включаться структуры защит, блокирующих переработку ее эмоций, когда ее ведущее левое полушарие берет под контроль сенсорные каналы правого полушария ребенка. Игнорирование эмоций, тревожность, критицизм матери в процессе взаимодействия с ребенком могут оказывать давление на младенца. Возможно, что в состоянии стресса левополушарная мама, для того чтобы заглушить свою тревогу и эмпатически не чувствуя ребенка, может полностью «отключить» сигналы (просьбы о помощи) которые посылает ей ее «правополушарный» ребенок. Тем самым она пытается отсоединить передачу идущей от ребенка, противоречащей ее стилю мышления «опасной» информации. Это формирует в дальнейшем дефициты в развитии ребенка. Потому что такая стратегия мамы как бы оставляет младенца в ее воображаемом пространстве, ограничивая ребенка в возможности получить свой собственный опыт реалистического переживания себя. Не все подобные состояния приводят к патологии мышления, но они формируют пробелы, нехватку в развитии личности. Мы предполагаем, что во взрослом состоянии человеку можно частично компенсировать эту нехватку, сознательно переводя свое активное внимание на сенсорные каналы, самоощущения, учась осознанно слышать, ощущать и чувствовать.

Доктор Ральф-Аксель Мюллер, в процессе исследования более 50 детей с аутизмом, проводил комбинированные техники функциональной и анатомической магнитно-резонансной томографии и диффузионную тензорную визуализацию для анализа связей между корой головного мозга и таламусом. Он обнаружил, что у таких детей есть нарушения в проводящих путях между таламусом и корой головного мозга, а значит, эти отделы мозга плохо

сообщаются друг с другом [2]. Напомним, что таламус играет роль перерабатывающего, интегрирующего и переключающего центра для всей сенсорной информации. Эти исследования подтверждают наше предположение, высказанное выше, о возможном блокировании мамой развития сенсорных каналов ребенка. В нашей практике данное предположение косвенно подтверждается тем, что некоторые мамы, воспитывающие ребенка с нарушениями когнитивного развития, отмечают свои пережитые психологические травмы во время беременности и после родов (тяжелые болезни или смерть близкого человека). Конечно, аутизм — это болезнь, которая рассматривается на системном уровне, как структурная и функциональная проблема вовлечения разных областей мозга в информационный процесс коммуникации друг с другом. В ней нет единого повреждения части мозга и значительная доля случаев этой болезни связана с нарушениями в индивидуальном развитии ребёнка, которые происходят ещё на эмбриональной стадии. Но можно заметить, что у них есть что-то общее – своей специфической игрой, дети с аутизмом создают зацикленные алгоритмы, нагружая левое полушарие и оставляя правое отключенным. Возможно, так они пытаются следовать за маминым доминантным полушарием.

Социальная жизнь требует от мамы активного включения бета-ритма, ритма активации нейрофункциональной активности. Маме хочется поскорее построить взаимодействие с ребенком в привычном ей стиле, с выполнением аналитических задач и работой по определенным алгоритмам. Наш опыт работы с матерями, воспитывающими ребенка с аутизмом, показывает, что большинство их обладают левополушарной структурой мышления, которая выражается в аксиоме - «есть только мое мнение и неправильное». Настроится же на правополушарное, образно-чувственное мышление, мамам с негибкими межполушарными связями бывает очень нелегко, а часто они в этом не видят

смысла. Умение развить свои межполушарные связи самостоятельно или в терапии показывает, насколько целительной для них становится возможность соприкоснуться с правополушарным подходом. С начала прошлого века женщина активно включилась в производственные отношения, доминируя во многих позициях, так как, в среднем, левое полушарие у женщин развивается лучше, чем у мужчин [3]. Иногда приоритет социальной успешности женщины, в противовес материнской функции, формирует условия, вызывающие игнорирование матерью ее великой женской миссии. Но природа настойчиво сохраняет свои законы развития, которые недопустимо нарушать. Важность правого полушария в жизни людей огромна. Подготовка к беременности должна быть, в первую очередь, направлена на внимание к чувствам и сенсорному насыщению. Необходимо уделять внимание занятиям живописью, музыкой, рукоделием, душевным разговорам о счастье и тихой радости.

Далее рассмотрим, какое практическое значение знания о противоположном (зеркально-симметричном в паре) доминировании зрительных бугров в диаде «мама-ребенок» мы можем иметь в социально-бытовом контексте, в поведении и взаимодействии. Например, мама, обладающая доминантным левым полушарием, склонна иметь дело с быстрыми изменениями во времени и анализировать стимулы с точки зрения деталей и признаков, действуя аналитическим способом. Она умеет планировать новые дела во всех подробностях, действовать логически, не делая поспешных выводов, редко мечтает наяву, всегда старается найти причину каждого поступка других людей, пунктуальна, обладает хорошим чувством времени, может описывать свои чувства словами и, полагаясь на очевидное, принимать решения. В противоположность ей, ребенок, имея доминантное правое полушарие, склонен взаимодействовать с миром в образной, синтетической манере, делать дела спонтанно, приходить к выводам без последовательного

обдумывания всех деталей и аргументации. Он может мечтать наяву и видеть яркие сны, редко задумываться над поступками других людей, имеет плохо развитое чувство времени, трудности при описании словами своих чувств, но при этом, при принятии решений, полагается именно на чувства [2, с. 120]. И в случае, если ребенок не получил опыт принятия, понимания и точного чувственного отражения, это различие может вызывать семейные конфликты.

Таким образом, на глубоком анатомическом уровне в паре «мама-ребенок» формируется соотнесенное функционирование специальных мозговых структур, проявляющееся, как системообразующее взаимодействие, часто воспринимаемое как конфликт. Исходя из комплекса описанных исследований, можно сделать вывод, что основной функцией системы «мама-ребенок» является создание баланса во взаимодействии друг другом и с окружающей средой. Как будут проявляться взаимоотношения в паре, в виде баланса или конфликта будет зависеть от того, насколько зрелой личностью является мама (насколько она способна воспринимать кардинально другой способ взаимодействия с миром, осуществляемый ее ребенком). В психологической терминологии сбалансированные отношения описываются как «нормальная» привязанность.

Симоненко В. Е., исследуя семейные и дружеские пары, пришел к заключению, что среди супругов совпадение латеральности составляет 83% [4, с. 75]. Логично предположить, что позитивной функцией латерального конфликта в паре «мама-ребенок», может быть облегчение сепарации в процессе взросления ребенка и создание новых отношений вне родительской семьи. Таким образом, одним из важных аспектов философии жизни может быть обеспечение баланса внутри этого конфликта. Более того, если при некоторых обстоятельствах, конфликт «мать-ребенок» отсутствует, система

может испытывать затруднения. Слияние в паре может вызвать сложность при формировании идентичности и личного пространства для развития.

Выводы. Пробы по определению ведущего глаза у матерей и их детей показали значимую отрицательную корреляцию, что подтверждает различие в латерализации, локализованной в таламусе, где расположены «зрительные бугры». В случае несовпадения доминантности в этой зоне, каждый из пары извлекает из одинаковых сенсорных стимулов разную информацию и мыслит по-разному. Ребенок бессознательно подстраивает свой таламический водитель α -ритма под материнский α -ритм, компенсаторно ориентируясь на поддержание сенсорных импульсов матери. Возможно, что в состоянии стойкой реакции гиперактивации коры (hyperarousal), левополушарная мама, чтобы заглушить тревогу, может полностью «отключить» сигналы (просьбы о помощи) которые посылает ей ее «правополушарный» ребенок. Тем самым она, пытаясь отсоединить передачу идущей от ребенка противоречащей ее стилю мышления «опасной» информации, вызывает дефициты в его развитии. Несовпадение функциональной асимметрии мозговых структур участников взаимодействия пары «мать-ребенок», в случае зрелой личности мамы, создает «нормальную» привязанность через анатомический и психологический баланс.

Мы показали, что конфликт разных стилей мышления мамы и ребенка заложен на глубинном уровне, и предположили, что это может быть одним из условий обеспечения эволюционного развития человека.

Список використаних джерел:

1. Бріш К. Х. Терапія порушень прихильності: Від теорії до практики / К.Х. Бріш.- М.: ІІ РАН «Когіто-Центр», 2012.– 316 с.
2. Спрінгер С. Лівий мозок, правий мозок / С. Спрінгер, Г. Дейч.– М.: Мир, 1983.– 182 с.

3. Хасабов Г.А. Короткий довідник з фізіології нервової системи / Г.А. Хасабов.– Луганськ: ООО «Віртуальна реальність», 2007.– 452 с.

4. Чуприков А. П. Латеральність населення наприкінці 70-х і на початку 80-х років. До історії латеральної нейропсихології та нейропсихіатрії / А. П. Чуприков, В. Д. Мишиєв.– Донецьк: Вид.Заславський Ю. А., 2010.- 192 с.

5. Нік Тоттон (Nick Totton). Трестороння модель регуляції Алана Шора. Режим доступу: <https://www.google.com.ua/search?q=%D0%B0%D0%BB%D0%B0%D0%BD+%D1%88%D0%BE%D1%80+%D0%BA%D0%BD%D0%B8%D0%B3%D0%B8&oq=%D0%90%D0%BB%D0%B0%D0%BD+&aqs=chrome.4.69i57j0l3j35i39j0.6267j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8#>

6. Bryan Kolb. Fundamentals of Human Neuropsychology / Bryan Kolb, Ian Q. Whishaw. - Worth Publishers, New York, 2015. - 873 p.

7. Sieratzki J. S. Neuropsychological and neuropsychiatric perspectives on maternal cradling preferences / Sieratzki J. S., Woll B. // *Epidem. Psychiatr. Soc.* 2002. V. 11. P. 170–176.

8. S. Murray Sherman, Ray W. Guillery. Exploring the Thalamus: [англ.]. — 1-е изд.- Academic Press, 2000.- 312 с.

References

1. Brish, K.H. (2012), *Terapiya narushenij privyazannosti: Ot teorii k praktike* [Therapy of attachment disorders: From theory to practice], “Kogito-Centr”, Moscow, Ru.

2. Springer, S. Dejch, G. (1983), *Levyj mozg, pravyy mozg* [Left brain, right brain], - Mir, Moscow, Ru.

3. Hasabov, G. A. (2007), *Kratkij spravochnik po fiziologii nervnoj sistemy* [A short guide to the physiology of the nervous system], ООО «Virtualnaya realnost», Lugansk, Ru.

4. Chuprikov, A. P. Mishiev, V.D. (2010), *Lateralnost naseleniya v konce 70-h i nachale 80-h godov. K istorii lateralnoj nejropsihologii i nejropsihiatrii* [Laterality of the population in the late 70's and early 80's. To the history of lateral neuropsychology and neuropsychiatry], Izdatel Zaslavskij Yu.A., Doneck, Ru.

5. Totton, N. Alan Shore's three-way regulation model [Online], available at: <https://www.google.com.ua/search?q=%D0%B0%D0%BB%D0%B0%D0%BD+%D1%88%D0%BE%D1%80+%D0%BA%D0%BD%D0%B8%D0%B3%D0%B8&oq=%D0%90%D0%BB%D0%B0%D0%BD+&aqs=chrome.4.69i57j0l3j35i39j0.6267j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8#>

6. Kolb, B. Whishaw, Ian Q. (2015), *Fundamentals of Human Neuropsychology*, Worth Publishers, New York, En.

7. Sieratzki, J. S. Woll, B. (2002), “Neuropsychological and neuropsychiatric perspectives on maternal cradling preferences”, *Epidem. Psichiatr. Soc*, vol. 11, pp. 170–176, En.

8. Sherman, Murray S. Guillery, Ray W. (2000), “Exploring the Thalamus@”, Academic Press, En.

Грись Антоніна Михайлівна, доктор психологічних наук, професор, директор Навчально-наукового інституту міжнародних відносин і соціальних наук, ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом», 02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна; antoninasgris@gmail.com; +38(067) 971-73-20

ORCID ID 0000-0002-0153-2303

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ СТУДЕНТІВ-ПСИХОЛОГІВ ЯК УМОВА ЇХ УСПІШНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ СОЦІАЛІЗАЦІЇ

Анотація.

Грись А. М., доктор психологічних наук, професор, директор Навчально-наукового інституту міжнародних відносин і соціальних наук, ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; м. Київ, Україна. **Соціально-психологічна адаптація студентів-психологів як умова їх успішної соціалізації.**

Ключові слова: соціально-психологічна адаптація, студенти-психологи, соціальний інтелект, адаптивні стратегії, професійна соціалізація.

Постановка проблеми. Соціально-психологічна адаптація підвищує адаптивність особистості, тобто міру її пристосованості до життя в соціумі. Варіант соціально-психологічної адаптації, при якому особистість може частково змінюватися в оточенні та водночас залишатися сама собою, що забезпечує конгруентність і комфортність психологічної рівноваги особистості, є оптимальним для успішної професійної соціалізації майбутнього фахівця, зокрема психолога.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Здатність особистості долучатися до адаптивної соціальної поведінки, розуміти інших людей та керувати їх поведінкою, пов'язана із соціальним інтелектом. Для розвитку теорії соціально-психологічної адаптації особистості важливість має вивчення Я-концепції особистості. З соціальним інтелектом майбутнього фахівця співвідносяться всі види професійної компетентності.

Формулювання мети статті. Мета - розкрити особливості соціально-психологічної адаптації студентів-психологів у процесі їх професійної соціалізації.

Виклад основного матеріалу. Соціальний інтелект, як інтегральна інтелектуальна здатність, що визначає успішність спілкування та соціальної адаптації, об'єднує і регулює пізнавальні процеси, пов'язані з відображенням людини як партнера по спілкуванню або групи людей, діагностувався тестом соціального інтелекту Дж. Гілфорда і М. О'Саллівена. Експериментальна група досліджуваних складалася з двох груп, у яких реалізовано формувальні впливи (по 24 особи у кожній), та двох контрольних груп,- загалом 96 осіб. Із демографічних показників, бралися до уваги стать та вік випробуваних. Статистична обробка отриманих результатів здійснювалася за допомогою методів математичної статистики в програмах Excel та SPSS – 17. Для статистичного аналізу використовувалися U-критерій Манна-Уїтні для незалежних і W-критерій Уїлкоксона для залежних вибірок. Навчання проводилося в форматі аудиторних занять (лекційних чи лабораторних) за програмою, теоретична основа якої – інтерактивні технології та методи, що реалізують принципи навчання дорослих та акцентовані на розвиток соціального інтелекту. Відбір методів, реалізованих у даній програмі, здійснювався на основі: сучасних досліджень у галузі загальної, вікової та педагогічної психології; концепції саморегуляції діяльності та активності

суб'єкта; теорій психологічної травми, механізмів психологічного захисту, сучасних теоретичних і емпіричних досліджень соціального та емоційного інтелекту; положень суб'єктного підходу; методологічних і методичних аспектів реалізації спецкурсів для студентів старших курсів та організації соціально-психологічного тренінгу.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Таким чином, розвиток соціального інтелекту студентів ефективно здійснювати через створення сприятливого освітньо-культурного середовища з урахуванням особистісних характеристик майбутнього фахівця, передусім таких як: попередній соціокультурний досвід, ціннісні орієнтації та смисложиттєві орієнтири студентів, мотиваційні чинники, які є основою розвитку здатностей до соціально-психологічної адаптації, в основі якої показники соціального інтелекту. Зазначені показники забезпечують адаптацію незалежно від типу соціальної організації, в якій доведеться працювати майбутнім психологам, оскільки вони є універсальними. Відповідно, виходячи з отриманих даних, варто конструювати зміст освітніх програм підготовки фахівців таким чином, щоб вони сприяли передусім розвитку їх адаптивних здатностей, бо вони є основою опанування на практиці професійних компетентностей: комунікативних, особистісних, технологічних.

Аннотація.

Грись А. М., доктор психологических наук, профессор, директор Учебно-научного института международных отношений и социальных наук, ЧАО «ВУЗ «МАУП»; г. Киев, Украина. **Социально-психологическая адаптация студентов-психологов как условие их успешной социализации.**

Ключевые слова: социально-психологическая адаптация, студенты-психологи, социальный интеллект, адаптивные стратегии, профессиональная

социализация.

Постановка проблемы. Социально-психологическая адаптация повышает адаптивность личности, то есть степень ее приспособленности к жизни в социуме. Вариант социально-психологической адаптации, при котором личность может частично меняться в окружении и в то же время оставаться сама собой, что обеспечивает конгруэнтность и комфортность психологического равновесия личности, является оптимальным для успешной профессиональной социализации будущего специалиста, в частности психолога.

Анализ последних исследований и публикаций. Способность личности участвовать в адаптивной социальном поведении, понимать других людей и управлять их поведением, связана с социальным интеллектом. Для развития теории социально-психологической адаптации личности важным является изучение Я-концепции личности. С социальным интеллектом будущего специалиста соотносятся все виды профессиональной компетентности.

Формулировка цели статьи. Цель - раскрыть особенности социально-психологической адаптации студентов-психологов в процессе их профессиональной социализации.

Изложение основного материала. Социальный интеллект, как интегральная интеллектуальная способность, определяющая успешность общения и социальной адаптации, объединяет и регулирует познавательные процессы, связанные с отражением человека как партнера по общению или группы людей, диагностировался тестом социального интеллекта Дж. Гилфорда и М. О'Салливена. Экспериментальная группа испытуемых состояла из двух групп, в которых реализовано формовочные воздействия (по 24 человека в каждой), и двух контрольных групп, - в общем 96 человек. С демографических показателей, учитывались пол и возраст испытуемых. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью методов математической

статистики в программах Excel и SPSS - 17. Для статистического анализа использовались U-критерий Манна-Уитни для независимых и W-критерий Уилкоксона для зависимых выборок. Обучение проводилось в формате аудиторных занятий (лекционных или лабораторных) по программе, теоретическая основа которой - интерактивные технологии и методы, реализующие принципы обучения взрослых и акцентированы на развитие социального интеллекта. Отбор методов, реализованных в данной программе, осуществлялся на основе: современных исследований в области общей, возрастной и педагогической психологии; концепции саморегуляции деятельности и активности субъекта; теорий психологической травмы, механизмов психологической защиты, современных теоретических и эмпирических исследований социального и эмоционального интеллекта; положений субъектного подхода; методологических и методических аспектов реализации спецкурсов для студентов старших курсов и организации социально-психологического тренинга.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Таким образом, развитие социального интеллекта студентов эффективно осуществлять путем создания благоприятного образовательно-культурной среды с учетом личностных характеристик будущего специалиста, прежде всего таких как: предварительный социокультурный опыт, ценностные ориентации и смысло-жизненные ориентиры студентов, мотивационные факторы, которые являются основой развития способностей к социально-психологической адаптации, в основе которой показатели социального интеллекта. Указанные показатели обеспечивают адаптацию независимо от типа социальной организации, в которой придется работать будущим психологам, поскольку они являются универсальными. Соответственно, исходя из полученных данных, следует конструировать содержание образовательных программ подготовки

специалистов таким образом, чтобы они способствовали прежде всего развития их адаптивных способностей, поскольку они являются Обновление освоения на практике профессиональных компетенций: коммуникативных, личностных, технологических.

Annotation

Gris A. M. , PhD, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Director of the Educational and Scientific Institute of International Relations and Social Sciences, The Private Joint-Stock Company “Higher Educational Institution “Interregional Academy of Personnel Management”; Kyiv, Ukraine. **Socio-Psychological Adaptation of Students-Psychologists as a Condition of their Successful Socialization.**

Key words: social and psychological adaptation, students-psychologists, social intelligence, adaptive strategies, professional socialization.

Formulation of the problem. Socio-psychological adaptation increases the adaptability of the individual, ie the degree of its adaptation to life in society. The variant of social and psychological adaptation, in which the personality can partially change in the environment and at the same time remain by itself, which provides congruence and comfort of psychological balance of the personality, is optimal for successful professional socialization of the future specialist, in particular psychologist.

Analysis of recent research and publications. The ability of an individual to engage in adaptive social behavior, understand other people, and control their behavior is related to social intelligence. For the development of the theory of socio-psychological adaptation of personality, it is important to study the self-concept of personality. All types of professional competence are correlated with the social intelligence of the future specialist.

Formulating the purpose of the article. The aim is to reveal the features of social and psychological adaptation of students-psychologists in the process of their professional socialization.

The presentation of the main material. Social intelligence, as an integral intellectual ability that determines the success of communication and social adaptation, combines and regulates cognitive processes associated with the reflection of man as a communication partner or group of people, was diagnosed by the test of social intelligence J. Guilford and M. O' Sullivan. The experimental group of subjects consisted of two groups, in which the formative influences were realized (24 persons in each), and two control groups - a total of 96 persons. From demographic indicators, the sex and age of the subjects were taken into account. Statistical processing of the obtained results was carried out using the methods of mathematical statistics in Excel and SPSS - 17. For statistical analysis, the Mann-Whitney U-test for independent and Wilcoxon W-test for dependent samples were used. The training was conducted in the format of classroom classes (lectures or laboratories) according to the program, the theoretical basis of which is interactive technologies and methods that implement the principles of adult learning and focus on the development of social intelligence. The selection of methods implemented in this program was carried out on the basis of: modern research in the field of general, age and pedagogical psychology; concepts of self-regulation of activity and activity of the subject; theories of psychological trauma, mechanisms of psychological protection, modern theoretical and empirical studies of social and emotional intelligence; provisions of the subjective approach; methodological and methodological aspects of the implementation of special courses for senior students and the organization of socio-psychological training.

Conclusions and prospects for further research. Thus, the development of social intelligence of students can be effectively carried out through the creation of a favorable educational and cultural environment taking into account the personal

characteristics of the future specialist, especially such as: previous sociocultural experience, values and meaningful orientations of students, motivational factors. adaptation, based on indicators of social intelligence. These indicators provide adaptation regardless of the type of social organization in which future psychologists will have to work, because they are universal. Accordingly, based on the obtained data, it is necessary to construct the content of educational training programs in such a way that they contribute primarily to the development of their adaptive abilities, because they are a new mastery in practice of professional competencies: communicative, personal, technological.

Ключові слова: соціально-психологічна адаптація, студенти-психологи, соціальний інтелект, адаптивні стратегії, професійна соціалізація.

Постановка проблеми. Соціально-психологічна адаптація особистості є актуальною проблемою сучасної соціальної психології. Її процесуальні характеристики детермінуються як індивідуально-психологічними, так і соціально-психологічними характеристиками. Адаптація передбачає здатність особистості узгоджувати власні унікальні риси індивідуальної свідомості у відповідності з груповими принципами і нормами, що існують у тій чи іншій соціальній групі.

Успішність соціальної адаптації особистості детермінується здатністю до наочування та постійного освоєння нових форм і правил спілкування, що узгоджуються із конкретними умовами взаємодії для досягнення спільних як індивідуальних, так і групових цілей.

Засвоєння певних зразків поведінки в процесі соціально-психологічної адаптації в кінцевому результаті передбачає досягнення гармонії між внутрішніми і зовнішніми умовами життя та діяльності. По мірі її здійснення

підвищується адаптивність особистості, тобто міра її пристосованості до життя в соціумі. Відтак, адаптивність може бути як внутрішньою, що виявляється у переструктуруванні окремих особистісних підструктур у зв'язку із змінами оточення, так і зовнішньою, коли особистість внутрішньо не змінюється, зберігаючи свою унікальність, неповторність, самобутність, самостійність думок та поведінки,- однак це два полярні варіанти адаптації особистості, а на практиці можуть виявлятися й проміжні форми соціально-психологічної адаптації, коли особистість може частково змінюватися в оточенні та водночас залишатися сама собою, що забезпечує конгруентність і комфортність психологічної рівноваги особистості. Саме такий варіант соціально-психологічної адаптації, на нашу думку є оптимальним для успішної професійної соціалізації особистості майбутнього фахівця. Особливо ці процеси важливі для аналізу умов та чинників професіоналізації майбутнього психолога.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Здатність особистості долучатися до адаптивної соціальної поведінки, розуміти інших людей та керувати їх поведінкою, пов'язана з соціальним інтелектом (Е. Торндайк).

Для розвитку теорії соціально-психологічної адаптації особистості важливість має вивчення Я-концепції особистості.

1. Я-концепція є результатом соціалізації та соціально-психологічної адаптації особистості до типових ситуацій її життєдіяльності.

2. Особливості Я-концепції та її окремих підструктур (щодо стійких Я-образів) є показниками того, як адаптована особистість до соціальних умов свого існування.

3. В структурі різних особистостей можуть існувати як адаптивні, так і дезадаптивні і патологічно адаптивні структури Я-концепції та їх підструктури [2].

Для з'ясування того, в яких адаптивних процесах виникає необхідність зміни і розвитку Я-концепції, поява нових її підструктур необхідно звернутися до різних типів адаптивних стратегій, які тут доречно згадати:

1) адаптація особистості шляхом перетворення або повного подолання проблемної ситуації, у тому числі різних видів конфліктів. Це активна перевага незахищеної адаптації не фрустрованої або слабо фрустрованої особистості;

2) адаптація шляхом відходу від проблемної ситуації: це пасивна «адаптація», втеча, пошук нових, більш сприятливих для забезпечення безпеки та задоволення потреб стратегій;

3) адаптація зі збереженням проблемної ситуації й пристосування до неї. Кожна з цих адаптивних стратегій має свої різновиди й варіанти.

Яким чином здійснюється третій різновид, або адаптивна стратегія, яка в даному контексті перш за все нас цікавить? Така адаптація може здійснюватися такими шляхами:

а) шляхом перетворення сприйняття й тлумачення ситуації, тобто створення її неproblemного суб'єктивного образу;

б) шляхом більш глибокої зміни самої особистості, насамперед її Я-концепції. Адаптивні підструктури самосвідомості виникають, в першу чергу, в результаті систематичного використання цього останнього різновиду адаптивної стратегії [2].

В руслі вивчення проявів соціально-психологічної адаптованості, яким виступає соціальний інтелект слід звернутися також і до досліджень професійної компетентності. Зокрема розрізняють кілька видів професійної компетентності:

- спеціальну або діяльнісну, яка припускає володіння на високому рівні професійною діяльністю;
- соціальну, яка передбачає володіння способами спільної професійної

діяльності та співпраці;

- особистісну (володіння способами самовираження і саморозвитку);
- індивідуальну (володіння прийомами самореалізації і саморозвитку індивідуальності в рамках професії, здатність до творчого прояву своєї індивідуальності [1, 2, 3].

Усі ці види компетентності, так чи інакше, співвідносяться з соціальним інтелектом майбутнього фахівця, результати дослідження якого представляємо у рамках даної публікації.

Формулювання мети статті. Мета - розкрити особливості соціально-психологічної адаптації студентів-психологів у процесі їх професійної соціалізації.

Завдання:

- розкрити роль Я-концепції особистості майбутнього фахівця для розвитку теорії соціально-психологічної адаптації особистості, а саме показників її стійких та динамічних компонентів, і їх значення в забезпеченні адаптивності як риси особистості студентів-психологів;
- виокремити адаптивні, дезадаптивні й патологічно адаптивні структури Я-концепції та їх підструктури в процесі професійного становлення;
- охарактеризувати різні типи адаптивних стратегій, що є важливими для оцінки ступеня готовності до майбутньої професійної діяльності: 1) адаптація особистості шляхом трансформації, або повного подолання проблемної ситуації; 2) адаптація шляхом відходу від проблемної ситуації: це пасивна «адаптація»; 3) адаптація зі збереженням проблемної ситуації й пристосуванням до неї;
- визначити показники соціального інтелекту як інтегральної інтелектуальної здатності, що визначає успішність спілкування та соціальної адаптації студентів-психологів, об'єднує і регулює пізнавальні процеси,

пов'язані з відображенням людини як партнера по спілкуванню або групи людей;

- визначити необхідність цілеспрямованого розвитку адаптивних здатностей як універсальних для майбутнього фахівця, що забезпечить успішну професійну самореалізацію у різних типах професійних середовищ.

Виклад основного матеріалу. Соціальний інтелект, як інтегральна інтелектуальна здатність, що визначає успішність спілкування та соціальної адаптації, об'єднує і регулює пізнавальні процеси, пов'язані з відображенням людини як партнера по спілкуванню або групи людей, діагностувався тестом соціального інтелекту Дж. Гілфорда і М. О'Саллівена. Середні арифметичні загальновибірккові показники тесту за усіма шкалами (окрім однієї) виражені на *середньому* рівні. Показники шкали «Історії з доповненням» (здатність розпізнавати структуру міжособистісних ситуацій) виражені на рівні близькому до «*нижче за середній*». Статистично значимих відмінностей за віком та статтю не виявлено (таблиця 1).

Таблиця 1.

Описова статистика за шкалами тесту соціального інтелекту

Дж. Гілфорда і М. О'Саллівена

Субтест N	Показники описової статистики			
	Min	Max	M	Σ
«Історії із завершенням»	2	14	8,7	2,7
«Групи експресії»	1	14	7,3	2,1
«Вербальна експресія»	1	12	7,3	2,5
«Історії з доповненням»	0	13	5,4	2,4
Композитна оцінка	12	46	28,7	6,6

Студенти з показниками нижче середнього (5,4% за субтестом «Історії з доповненнями») відчують труднощі в аналізі ситуацій міжособистісної

взаємодії і, як наслідок, погано адаптуються до різного роду взаємин між людьми, що має важливе значення для майбутніх психологів, особливо для роботи в різних типах установ, де перебувають соціально дезадаптовані неповнолітні.

За субтестом «Групи експресії» виявлено 7,3%, що вказує на те, що студенти недостатньо володіють мовою рухів тіла, поглядів і жестів. У спілкуванні вони більшою мірою орієнтуються на вербальний зміст повідомлень.

Досліджувані із середніми оцінками за субтестом «Історії із завершенням» – 8,7% - характеризуються недостатнім розумінням зв'язку між поведінкою та її наслідками, що також особливо важливо для роботи з дітьми, які мають відхилення в поведінці.

«Вербальна експресія», згідно з отриманим показником – 7,3%, що характеризує студентів як таких, які недостатньо повно розпізнають різні смисли та можуть приймати одні й ті ж вербальні повідомлення, в залежності від характеру взаємовідносин і контексту ситуації спілкування. Вони можуть помилятися в інтерпретації слів співрозмовника.

Композитна оцінка, яка показує загальний рівень розвитку соціального інтелекту досліджуваних, складає 28,7%, котрий показує, що студенти можуть відчувати труднощі в розумінні та прогнозуванні поведінки інших людей, це може ускладнювати стосунки й знижувати *в цілому їх адаптаційні можливості*.

З отриманих даних стала зрозумілою доцільність цілеспрямованого впливу на розвиток соціального інтелекту, що можливо здійснити шляхом організації тренінгових занять. Нами було організовано та проведено формувальний експеримент, для якого спеціально була розроблена і реалізована програма спецкурсу «Психологія роботи з соціально дезадаптованими неповнолітніми» та соціально-психологічного тренінгу, спрямованих на

розвиток адаптивного потенціалу особистості майбутнього фахівця.

Експериментальний дизайн. Для реалізації експериментальної процедури застосовано план для двох рандомізованих груп із попереднім і підсумковим тестуванням, тобто план «претест – вплив – посттест» із експериментальною і контрольною групами. Схема плану «претест – вплив – посттест» представлена в Таблиці 2.

При обробці даних (оцінок) використано непараметричні критерії: U-критерій Манна-Уїтні для незалежних і W-критерій знакових рангів Уїлкоксона для залежних вибірок.

Обчислювалися три значення U або W: порівняння між 1) O_1 і O_2 ; 2) O_3 і O_4 ; 3) O_2 і O_4 . Гіпотеза про значимий вплив незалежної змінної на залежну приймалася у випадку, якщо виконувались дві умови:

а) відмінності між O_1 і O_2 статистично значимі (W-критерій), між O_3 і O_4 – статистично незначимі (W-критерій);

б) відмінності між O_2 і O_4 статистично значимі (U-критерій).

Таблиця 2.

Схема експериментального плану «претест – вплив – посттест»

Група	Тест			
	Претест		Посттест	
Експериментальна	R	O_1	X	O_2
Контрольна	R	O_3		O_4

Примітка. R – рандомізація, X – вплив, O_1 , O_2 , O_3 , O_4 – результати тестування груп.

Як відомо (В.М. Дружинін, 2000), за такого експериментального дизайну природний розвиток і ефект тестування контролюються за рахунок того, що вони однаково виявляються в експериментальній і контрольній групах, а ефекти

складу груп і регресії контролюються за допомогою процедури рандомізації. Рандомізація є способом, що дозволяє виключити вплив індивідуальних особливостей досліджуваних на результат експерименту, а також гарантує рівну можливість кожному члену популяції стати учасником експерименту. Кожному представнику вибірки ми присвоювали порядковий номер, а вибір випробуваних в експериментальну і контрольну групи проводився за допомогою таблиці «випадкових» чисел.

Досліджувані. Для реалізації експериментальної процедури, були сформовані дві групи досліджуваних. Експериментальна група складалася з двох груп, у яких реалізовано формувальні впливи (по 24 особи у кожній), та двох контрольних груп, - загалом 96 осіб. До експериментальної групи ввійшли 39 жінок та 9 чоловіків, до контрольної – відповідно 37 і 11. Середній вік досліджуваних першої тренінгової групи – 21,3 роки, другої – 24,6 роки. Різниця у віці пов'язана із тим, що групи було сформовано зі студентів стаціонару (молодших за віком) та заочного відділення університету (старших за віком).

Вимірювання. Для проведення експерименту була застосована методика дослідження соціального інтелекту Дж. Гілфорда і М. О'Саллівена [494]. Із демографічних показників, бралися до уваги стать та вік випробуваних.

Статистична обробка отриманих результатів здійснювалася за допомогою методів математичної статистики в програмах Excel та SPSS – 17. Із огляду на характер розподілу даних та об'єм вибірок, для статистичного аналізу використовувалися методи описової статистики та непараметричні критерії: U-критерій Манна-Уїтні для незалежних і W-критерій Уїлкоксона для залежних вибірок.

Характеристика експериментального впливу. Досліджувані вивчали спецкурс «Психологія роботи з соціально дезадаптованими неповнолітніми» впродовж другого семестру та брали участь у циклі тренінгових занять з

розвитку соціального інтелекту, загальною тривалістю чотири заняття на місяць із спецкурсу та відповідно чотири заняття із тренінгу. Навчання проводилося в форматі аудиторних занять (лекційних чи лабораторних).

Зміст кожного модулю було засновано на коротких лекціях, рольових іграх, групових дискусіях, роботі в парах, трійках тощо. Студенти проходили методику тестування 2 рази: до початку експерименту та наприкінці його.

Теоретична основа розробленої програми – інтерактивні технології та методи, що реалізують принципи навчання дорослих. При цьому, кожна із вправ тренінгу акцентована на розвиток соціального інтелекту.

Відбір методів, реалізованих у даній програмі, здійснювався на основі: сучасних досліджень у галузі загальної, вікової та педагогічної психології; концепції саморегуляції діяльності та активності суб'єкта; теорій психологічної травми, механізмів психологічного захисту, сучасних теоретичних і емпіричних досліджень соціального та емоційного інтелекту; положень суб'єктного підходу; методологічних і методичних аспектів реалізації спецкурсів для студентів старших курсів та організації соціально-психологічного тренінгу.

Перевірка ефективності тренінгового впливу проводилася в кілька етапів. На першому етапі були зіставлені вихідні показники соціального інтелекту. На другому етапі порівнювалися зазначені показники випробуваних в обох групах. Згідно U-критерію Манна-Уїтні, експериментальна і контрольна група не розрізнялися за значеннями шкал соціального інтелекту Дж. Гілфорда і М. О'Саллівена ($p \leq 0,05$). Отже, можна визнати ці групи порівняними. Після формувального експерименту ситуація істотно змінилася. Встановлено значущі відмінності між показниками експериментальної групи до та після експерименту (W-критерій Уїлкоксона), та показниками експериментальної і контрольної групи після експерименту (U-критерію Манна-Уїтні) за загальним балом тесту та окремими їх шкалами. Загальнотестові показники

експериментальної групи статистично значимо відрізнялися від показників контрольної групи. Розглянемо отримані результати більш детально.

Наступну картину постекспериментальної динаміки спостерігаємо в розвитку соціального інтелекту, діагностованого за методикою Дж. Гілфорда і М. О'Саллівена. Соціальний інтелект забезпечує розуміння вчинків і дій, мови, а також невербальної поведінки (жестів, міміки) людей. Він виступає як когнітивна складова комунікативних здібностей особистості та як професійно важлива якість для професій типу «людина-людина» в цілому і для роботи з соціально дезадаптованими неповнолітніми зокрема.

Після експерименту помітно зросла композитна оцінка соціального інтелекту, його загальний рівень ($p \leq 0,001$). В експериментальній групі (порівняно із контрольною групою) статистично значимо збільшилися показники за субтестом «Групи експресії» ($p \leq 0,05$) (таблиця 3).

Таблиця 3.

Відмінності між показниками соціального інтелекту Дж. Гілфорда і М. О'Саллівена в майбутніх психологів (М-середні арифметичні)

Шкала (субтест)	Експериментальна група				Контрольна група			
	До (М)	Після (М)	W-критерій знакових рангів Уїлкоксона		До (М)	Після (М)	W- критерій знакових рангів Уїлкоксона	
			Z	P			Z	P
Субтест N 1 - «Історії із завершенням»	8,9	9,7	-1,053	0,292	8,7	8,5	-0,492	0,623
Субтест N 2 - «Групи експресії»	6,9	8,1	-2,262	0,024	6,8	6,9	-0,778	0,437
Субтест N 3 - «Вербальна експресія»	7,3	8,6	-1,803	0,071	7,3	6,8	-1,216	0,224
Субтест N 4 «Історії з	4,9	6,0	-2,069	0,039	4,9	4,7	-0,515	0,606

доповненням»								
Композитна оцінка	28,1	32,4	-2,313	0,021	27,7	26,9	-1,089	0,276

Показники субтесту «Групи експресії» репрезентують здатність правильно оцінювати стани, почуття, наміри людей за їх невербальними проявам, мімікою, позами, жестами. В експериментальній групі (порівняно з контрольною групою) також статистично значимо збільшилися, з 6,3% на початку до 7,8% після завершення експерименту, показники субтесту «Вербальної експресії» – чутливості до характеру і відтінків людських взаємин, що допомагає швидко і правильно розуміти те, що люди говорять один одному в контексті певної ситуації, конкретних взаємовідносин ($p \leq 0,01$) та субтесту «Історії з доповненням» – здатності розпізнавати структуру міжособистісних ситуацій в динаміці ($p \leq 0,05$).

Показники субтесту «Історії із завершенням», пов'язані з умінням передбачати наслідки поведінки інших людей, демонструють виразну, хоча й недостатньо значиму, тенденцію до зростання ($p=0,088$) (таблиця 4).

Таблиця 4.

Динаміка показників соціального інтелекту Дж. Гілфорда і М. О'Саллівена в студентів за критерієм Манна-Уїтні

Шкала (субтест)	До				Після			
	Е- група (М)	К- група (М)	Z, Манна- Уїтні	P	Е- група (М)	К- група (М)	Z, Манна- Уїтні	P
Субтест N 1 - «Історії із завершенням»	8,9	8,7	-0,271	0,787	9,7	8,5	-1,703	0,088
Субтест N 2 - «Групи експресії»	6,9	6,8	-0,345	0,730	8,1	6,9	-2,042	0,041*

Субтест N 3 - «Вербальна експресія»	7,3	7,3	-0,010	0,992	8,6	6,8	-2,794	0,005**
Субтест N 4 «Історії з доповненням»	4,9	4,9	-0,364	0,716	6,0	4,7	-2,240	0,025*
Композитна оцінка	28,1	27,7	-0,538	0,591	32,4	26,9	-3,464	0,001**

Особливо значимі показники композитної оцінки після формувального експерименту. Так, на початку у контрольній групі композитна оцінка складала 27,7%, а в експериментальній 28,1%. Після його проведення показник в експериментальній групі значно покращився і склав 32,4%, а в контрольній групі становив 26,9%, що засвідчує ефективність впливу психологічних технологій у розвитку соціального інтелекту студентів як одного із елементів особистісно-рефлексивного компонента готовності психологів до роботи з соціально дезадаптованими неповнолітніми.

Отже, після формувальних впливів в експериментальній групі (порівняно із контрольною групою) суттєво зростає композитна оцінка соціального інтелекту, його загальний рівень, збільшилися показники за субтестом «Групи експресії» тесту Дж. Гілфорда і М. О'Саллівена (Рис. 1). Як зазначає Д. В. Ушаков [3], «особливості соціального інтелекту роблять його особливо благодатним предметом для розвитку». Оскільки соціальний інтелект більш пов'язаний із конкретними знаннями, це дає підставу розраховувати на те, що вельми осяжними засобами можна досягти розвиваючого ефекту в цій сфері. Навчання соціальному інтелекту відбувається в повсякденному житті імпліцитно, через досвід спілкування.

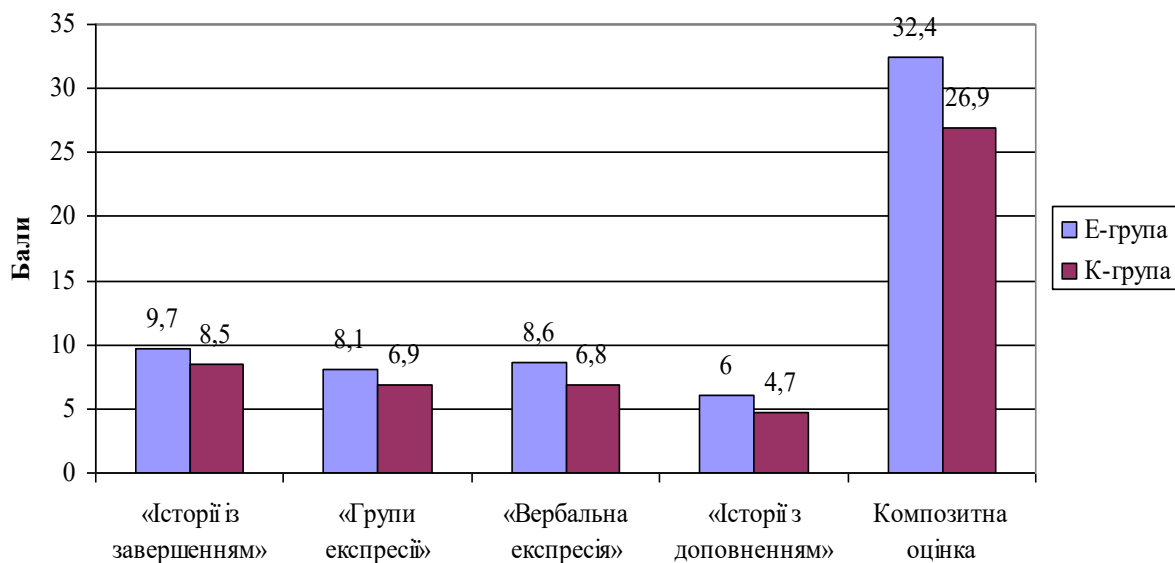


Рис. 1 Показники (середні арифметичні) шкал тесту соціального інтелекту Дж. Гілфорда і М. О’Саллівена після тренінгу в експериментальній (Е)і контрольній (К) групах

Відомо, що в соціально дезадаптованих неповнолітніх стихійно може бути сформований досить високий рівень інтелекту. Можна припустити, що експліцитне формування соціального інтелекту може дати суттєвіший ефект, особливо за умови, якщо вплив здійснюватиметься на всі його складові: когнітивні, емоційні і поведінкові [3].

Програма наших психологічних впливів не передбачала сфокусованого впливу лише на розвиток саме соціального інтелекту, то отримані результати ми оцінюємо як вельми задовільні.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Таким чином, розвиток соціального інтелекту студентів ефективно здійснювати через створення сприятливого освітньо-культурного середовища з урахуванням особистісних характеристик майбутнього фахівця, передусім таких як: попередній соціокультурний досвід, ціннісні орієнтації та смисложиттєві орієнтири студентів, мотиваційні чинники, які є основою розвитку здатностей

до соціально-психологічної адаптації, в основі якої показники соціального інтелекту. Зазначені показники забезпечують адаптацію незалежно від типу соціальної організації, в якій доведеться працювати майбутнім психологам, оскільки вони є універсальними. Відповідно, виходячи з отриманих даних, варто конструювати зміст освітніх програм підготовки фахівців таким чином, щоб вони сприяли передусім розвитку їх адаптивних здатностей, бо вони є основою опанування на практиці професійних компетентностей: комунікативних, особистісних, технологічних.

Список використаних джерел

1. Манілов І. Ф. Мультиmodalна сугестивна психотерапія: вихідні положення і принципи роботи / І. Ф. Манілов // Психологічний часопис. - 2019. - № 1. - С. 165-179. – [Електронний ресурс].- режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch_2019_1_13
2. Налчаджян А. А. Психологічна адаптація: механізми стратегії / А. А. Налчаджян.- М.: Ексмо, 2010. – 368 с.
3. Ушаков Д. В. Соціальний інтелект як вид інтелекту / Д. В. Ушаков // Соціальний інтелект: теорія, вимірювання, дослідження; [ред. Д. В. Ушаков, Д. В. Люсін].– М., 2004.– С. 11–29.

References

1. Manilov, I. F. (2019), “Multimodal suggestive psychotherapy: starting points and principles of work”, *Psykhologichnyy chasopys*, vol. 1., pp. 165-179, [Online], available at: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch_2019_1_13, Ru.
2. Nalchadzhyan, A. A. (2010), *Psykhologichna adaptatsiya: mekhanizmy stratehiy* [Psychological adaptation: mechanisms of strategy], Exmo, Moscow, Ru.
3. Ushakov, D. V., [ed. DV Ushakov, DV Lusin], (2004), “Social intelligence as a type of intelligence”, *Sotsial'nyy intelekt: teoriya, vymiryuvannya, doslidzhennya*, pp. 11–29, Ru.

УДК 618.2:159.942: 316.36

Древицкая Оксана Остаповна – доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой медицинской психологии ЧАО «ВУЗ «Межрегиональная Академия управления персоналом»; 02000, ул. Фрометовская, 2, г. Киев, Украина; drevitska@ukr.net; +38(067) 702-45-90

ORCID ID 0000-0002-1551-9329

Филатова Оксана Аркадьевна – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры медицинской психологии ЧАО «ВУЗ «Межрегиональная Академия управления персоналом»; 02000, ул. Фрометовская, 2, г. Киев, Украина; hlaalu@ukr.net +38 (067) 755-90-00

ORCID ID 0000-0002-1551-9329

КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН, ОБРАТИВШИХСЯ В ЖЕНСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ ПО ПОВОДУ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Анотація

Древицька О.О. - доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри медичної психології ПРАТ «ВНЗ «МАУП»; **Філатова О. А.** - доктор медичних наук, доцент, професор кафедри медичної психології ПРАТ «ВНЗ «МАУП»; м. Київ, Україна. **Корекція психоемоційного стану жінок, які звернулися до жіночої консультації з приводу переривання вагітності.**

Ключові слова: вагітні, постабортний синдром, психологічна корекція

Постановка проблеми. Під час вагітності зростає емоційність жінки, і коли інтенсивність переживань поєднується з несприятливим мікросоціальним

середовищем, кар'єрними проблемами, погіршенням загального самопочуття, деякі жінки зважуються на штучне переривання вагітності, а згодом у них з'являються думки про можливе безпліддя, викидні, настання позаматкової вагітності та ін., що потребує відповідної медико-психологічної допомоги.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Про психологічний постабортний синдром, що розвивається після штучного переривання вагітності, мало говориться в наукових і популярних публікаціях. Синдром супроводжується почуттям провини, втрати, депресивними, тривожними, фобічними розладами. Незважаючи на успіхи сучасної гінекології, питання психопрофілактики порушеного емоційного стану у вагітних на сьогодні ще недостатньо вивчені.

Формулювання мети статті. Мета роботи – вивчити особливості психоемоційного стану жінок, які звернулися з приводу переривання вагітності, для розробки відповідної програми та психокорекції.

Виклад основного матеріалу. Вивчення психоемоційного стану вагітних жінок, які звернулися в жіночу консультацію з приводу переривання вагітності, показало наявність високих показників ситуативної та особистісної тривожності. Корекція психоемоційного стану вагітної жінки при настанні незапланованої вагітності є необхідною, оскільки може зменшити тривожність, попередити афективний тип мислення і прийняття рішень, може сприяти збереженню вагітності і профілактиці постабортного синдрому.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Психологічна корекція необхідна для стабілізації психоемоційного стану вагітних, їх зваженої поведінки та профілактики розвитку постабортного синдрому. Дана тематика вимагає подальших досліджень і підвищення рівня психологічної культури вагітних.

Аннотация

Древицкая О. О. - доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой медицинской психологии ЧАО «ВУЗ «МАУП»; **Филатова О. А.** - доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры медицинской психологии ЧАО «ВУЗ «МАУП»; г. Киев, Украина. **Коррекция психоэмоционального состояния женщин, обратившихся в женскую консультацию по поводу прерывания беременности.**

Ключевые слова: беременные, постабортный синдром, психологическая коррекция.

Постановка проблемы. Во время беременности возрастает эмоциональность женщины, и когда интенсивность переживаний сочетается с неблагоприятной микросоциальной средой, карьерными проблемами, ухудшением общего самочувствия, некоторые женщины решаются на искусственное прерывание беременности, а затем у них появляются мысли о возможном бесплодии, выкидыше, наступлении внематочной беременности и др., что требует соответствующей медико-психологической помощи.

Анализ последних исследований и публикаций. О психологическом постабортном синдроме, развивающемся после искусственного прерывания беременности, мало говорится в научных и популярных публикациях. Синдром сопровождается чувством вины, потери, депрессивными, тревожными, фобическими расстройствами. Несмотря на успехи современной гинекологии, вопросы психопрофилактики нарушенного эмоционального состояния у беременных на сегодня еще недостаточно изучены.

Формулировка цели статьи. Цель работы - изучить особенности психоэмоционального состояния женщин, обратившихся по поводу прерывания беременности, для разработки соответствующей программы и психокоррекции.

Изложение основного материала. Изучение психоэмоционального состояния беременных женщин, обратившихся в женскую консультацию по поводу прерывания беременности, показало наличие высоких показателей ситуативной и личностной тревожности. Коррекция психоэмоционального состояния беременной женщины при наступлении незапланированной беременности является необходимой, поскольку может уменьшить тревожность, предупредить аффективный тип мышления и принятия решений, может способствовать сохранению беременности и профилактике постабортного синдрома.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Психологическая коррекция необходима для стабилизации психоэмоционального состояния беременных, их взвешенного поведения и профилактики развития постабортного синдрома. Данная тематика требует дальнейших исследований и повышения уровня психологической культуры беременных.

Annotation

Drevitska O.O. – PhD, MD, Associate Professor, Head of The Medical Psychology Department, The Private Joint-Stock Company “Higher Educational Institution “Interregional Academy of Personnel Management”; **Filatova O. A.** – PhD, MD, Associate Professor, Professor of The Medical Psychology Department, The Private Joint-Stock Company “Higher Educational Institution “Interregional Academy of Personnel Management”; Kyiv, Ukraine. **Correction Psychoemotional State of Women, wich was taken Gynecological Consultation on the Interruption of Pregnancy.**

Key words: pregnancy, postabortion syndrome, psychological correction

Formulation of the problem. The emotionality of women increases during pregnancy, and when the intensity of emotionality is combined with unfavorable

microsocial environment, career problems, deterioration of general well-being, some women are judged to be artificially aborted, and later they have thoughts about possible infertility, miscarriage, an ectopic pregnancy, etc., which requires appropriate medical and psychological assistance.

Analysis of recent research and publications. The psychological post-abortion syndrome that develops after abortion is little mentioned in scientific and popular publications. The syndrome is accompanied by a sense of guilt, loss, depression, anxiety, phobic disorders. Despite the successes of modern gynecology, the issue of psychoprophylaxis of an impaired emotional state in pregnant women has not yet been sufficiently studied.

Formulating the purpose of the article. The purpose of the work is to study the features of the psycho-emotional state of women who have applied for abortion, to develop an appropriate program and psycho-correction.

The presentation of the main material. The study of the psycho-emotional state of pregnant women who sought women's advice on abortion, showed the presence of high rates of situational and personal anxiety. Correction of the psycho-emotional state of a pregnant woman during an unplanned pregnancy is necessary because it can reduce anxiety, prevent affective thinking and decision-making, can help preserve pregnancy and prevent post-abortion syndrome.

Conclusions and prospects for further research. Psychological correction is necessary to stabilize the psycho-emotional state of pregnant women, their wise behavior and prevent the development of post-abortion syndrome. This topic requires further research and raising the level of psychological culture of pregnant women.

Ключевые слова: беременные, постабортный синдром, психологическая коррекция.

Постановка проблемы. Проблема сохранения здоровья матери и ребенка является одной из приоритетных в современном украинском обществе. Перманентная сложная социально-экономическая ситуация, снижение комфортности и стабильности влияют на мотивацию молодых женщин к осознанному материнству [1,2].

Анализ последних исследований и публикаций. Как известно, эмоциональность женщины во время беременности возрастает. Чаще всего женщин одолевают сомнения по поводу здоровья будущего ребенка, возможности благополучного вынашивания и родов, а также изменения своего физического облика. Многие из этих и других переживаний происходят от незнания физиологических и психологических аспектов течения беременности, наличия огромного количества предрассудков, а также по причине повышенной внушаемости женщин в этом состоянии [3,4].

В случаях, когда интенсивность переживаний достигает максимума, сочетаясь с неблагоприятной микросоциальной обстановкой, карьерными проблемами, ухудшением общего самочувствия, часть женщин решается на искусственное прерывание беременности, а впоследствии у них появляются мысли о возможном бесплодии, выкидышах, наступлении внематочной беременности, воспалительных заболеваниях генитальной сферы, сексуальных нарушениях. Развивается психологический постабортный синдром, о котором мало говорится в научных и популярных публикациях. Синдром сопровождается чувством вины, невозвратимой потерей, пограничными психическими расстройствами – депрессивными, тревожными, фобическими [5-7].

Несмотря на успехи современной гинекологии и улучшение медицинского обслуживания женщин, использование современных обезболивающих средств и щадящие методы проводимого вмешательства,

вопросы психопрофилактики нарушенного эмоционального состояния у беременных все ещё недостаточно изучены.

Формулирование цели статьи. Цель работы - изучить особенности психоэмоционального состояния женщин, обратившихся по поводу прерывания беременности, для разработки соответствующей программы психопрофилактики и психокоррекции.

Изложение основного материала. Материалы и методы исследования: в исследовании приняли участие 38 беременных женщин, наблюдавшихся в женской консультации КЗОЗ «Дергачевская центральная районная больница». Респондентки данной выборки обратились для прерывания беременности и были обследованы психологом с их добровольного согласия.

Для женщин экспериментальной группы использовали опросник, он состоял из следующих вопросов: «Какие эмоции и мысли посещали Вас, когда Вы узнали о своей беременности? Какие изменения в своём теле Вы почувствовали? Что изменится в Вашей жизни, если Вы оставите ребёнка?»

Использовались также следующие психодиагностические методики: клиническое интервью, тест "Диагностика ситуативной и личностной тревожности" Ч.Д. Спилбергера -Ю.Л. Ханина[8], рисуночный тест «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиповой).

В ходе беседы с женщинами экспериментальной группы перед процедурой прерывания беременности, были выявлены ряд соматических и вегетативных нарушений: волнение, сопровождающееся учащенным дыханием и потливостью; лабильность артериального давления, учащенное сердцебиение, особенно при обсуждении вопроса: «Что изменится, если Вы оставите ребёнка?»; безразличие к еде; тянущие боли внизу живота.

Следовательно, решение об аборте часто принималось женщинами на фоне тревожных опасений, переживаний, направленных в будущее.

Анализ рисуночного теста «Я и мой ребенок» выявил следующее: для женщин, которые предпочли прерывание беременности, преобладал конфликт с беременностью – у 78,1% (рис. 1).

Этот результат указывал на отсутствие или фрагментарность формирования гестационной доминанты у исследованных пациенток, эмоциональную нестабильность, отсутствие установки на осознанное материнство.

Результаты диагностики ситуативной и личностной тревожности (Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л.Ханина) показаны на рис. 2.



Рис. 1. Распределение женщин предпочитающих прервать беременность, по типам отношения к беременности, в %.

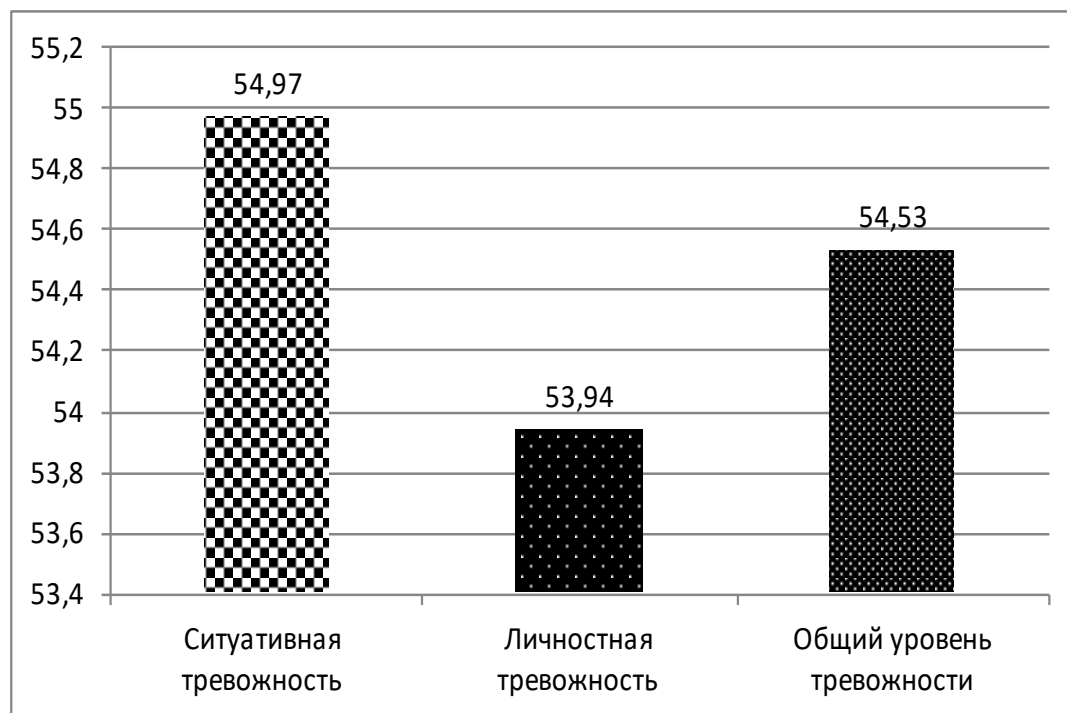


Рис.2. Выраженность показателей тревожности женщин перед прерыванием беременности, (в баллах, средний показатель).

Как видно на рис. 2, у женщин, которые обратились в женскую консультацию по поводу прерывания беременности, наиболее ярко выражена «ситуативная тревожность», связанная с конкретной внешней ситуацией. Однако, и личностная тревожность у обследованных была высокой. Этим можно объяснить тревогу связанную с незапланированной беременностью, частое развитие постабортного синдрома, а также склонность тревожных женщин к прерыванию последующих незапланированных беременностей. Снижение уровня тревожности в результате психокоррекционного комплекса может способствовать подготовке женщины к ситуации будущей беременности, формированию у нее установки на осознанное материнство, а также профилактике развития постабортного синдрома. По полученным результатам можно говорить о том, что в ситуации незапланированной беременности и/или отсутствия положительной установки на рождение ребенка, женщины требуют проведения психокоррекционной работы по стабилизации нарушений в

эмоциональной сфере еще до прерывания беременности, поскольку высокая тревожность представляет собой предиктор неадаптивного поведения, принятия решений на основе аффектогенного мышления.

С учетом результатов обследования, была разработана программа психопрофилактической работы с беременными, она включала работу над коррекцией основных уровней «Внутренней картины беременности»: сенсорного, эмоционального, когнитивного, поведенческого и ценностного.

Апробация психокоррекционной программы была осуществлена с 18 беременными женщинами из числа обследованных. С ними было проведено по 6 встреч в малых группах (3-4 женщины), время ограничивалось от 1,5 до 2-х часов. Вначале направленность психологической коррекции была обращена на ценностный и когнитивно-поведенческий уровни, поскольку именно они определяют решение о вынашивании беременности. Выявляли истинную причину желания прервать беременность, проговаривали ее с позиций представления женщиной ее зрелого возраста. Имагинальная и арт-терапевтические техники способствовали правильному для пациентки выбору. Коррекция сенсорного и эмоционального уровней предполагала устранение через аутотренинг неприятных ощущений, вегетативной и эмоциональной нестабильности. После проведения психокоррекционной программы проведен контрольный срез, повторная диагностика, предусмотренная исследованием. После обработки данных, были получены следующие результаты: практически у всех женщин, входящих в группу психокоррекционной работы, наблюдалось изменение показателей в сторону их снижения, уменьшения глубины и интенсивности нарушений.

Анализируя полученные данные, можно отметить, что женщины после проведения психокоррекционных мероприятий стали более спокойными, прежние соматические жалобы на плохое самочувствие исчезли. Также

отсутствовали жалобы на изменение настроения; наблюдалось повышение общего жизненного тонуса, появление положительного эмоционального состояния в связи с формированием у них многовариантного образа будущего, а также адекватной модели супружеских отношений и взаимных ожиданий в случае произведенного аборта. После проведенной психокоррекционной работы из 18-ти ее участниц 4 женщины решили сохранить беременность. В итоге, после проведения психокоррекции, женщины были подготовлены к ситуации возможной очередной незапланированной беременности, у них была сформирована установка на осознанное материнство, проведена профилактика развития постабортного синдрома. Всё вышесказанное позволяет сделать вывод о том, что проведение психокоррекционной программы по предложенному алгоритму является необходимым для реализации в женской консультации.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Изучение психоэмоционального состояния беременных женщин, которые обратились в женскую консультацию по поводу прерывания беременности, показало наличие высоких показателей ситуативной и личностной тревожности. Коррекция психоэмоционального состояния беременной женщины при наступлении незапланированной беременности является необходимой, поскольку может уменьшить тревожность, предупредить аффективный тип мышления и принятия решений, может способствовать сохранению беременности и профилактике постабортного синдрома.

Тема постабортного синдрома редко обсуждается в специальной и научно-популярной литературе и требует дальнейших исследований. Очевидно, что гуманистические тенденции современного общества нацеливают женщин на сохранение беременности, даже в случае вероятного рождения больного ребенка с генетическими и другими аномалиями. Однако, практика консультаций показала, что психоэмоциональное состояние беременной часто

становиться причиной абразии, что влечет за собой появление постабортного синдрома, эмоциональных страданий в течение всей жизни. Следовательно, психологическая коррекция необходима для стабилизации психоэмоционального состояния беременных, их осознанного, ответственного поведения и профилактики развития постабортного синдрома. Данная тематика требует дальнейших исследований, повышения уровня психологической культуры и духовности общества, совершенствования стратегии и тактики психологического консультирования беременных.

Список використаних джерел

1. Міненко Д. Аборт: легалізація чи заборона / Д. Міненко //Наука онлайн: Міжнародний електронний науковий журнал - 2018. - №5. [Електронний ресурс]. – режим доступу: <https://nauka-online.com/ua/publications/yurisprudentsiya/2018/5/abort-legalizatsiya-ili-zapret/>
2. Черевко К. О. Генезис законодавства про незаконне проведення абортів/О. К. Черевко // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, 2013.- № 1082.- Серія «ПРАВО», Вип. № 16.- [Електронний ресурс]. – режим доступу: file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/VKhIPR_2013_1082_16_42.pdf
3. Абдуллаходжаєва М.С. Центральна нервова система при вагітності / М. С. Абдуллаходжаєва, Н. П. Маджидов, А. Б. Погорелова.-М.:Медицина, 2011.-92 с.
4. Абрамченко В.В. Безпечне материнство (Фізична досконалість жінки) / В.В. Абрамченко.- СПб.: ІАГ РАМН ім. Д.О. Отта, 1997.- 240 с.
5. Саввіна О. В. Причини легалізації абортів у ХХ ст. і сучасні дебати про моральну допустимість абортів / О. В. Саввіна // Психолог. - 2014.- № 3.- С. 221-243.

6. Брутман В. І. Психологічні феномени, що виникають у зв'язку з небажаною вагітністю / В. І. Брутман // Психологія сьогодні.- Вип.4.- 2007.- с.150-151.

7. Брутман В. І. Формування прив'язаності матері до дитини в період вагітності / Брутман В. І., Радіонова М. С. // Питання психології. - 2009. - №3. С. 38 - 47.

8. Спілбергер Ч. Тест ситуативної та особистісної тривожності / Ч. Спілбергер, Ю. Л. Ханін // [Електронний ресурс]. – режим доступу <http://www.vashpsixolog.ru/psychodiagnostic-school-psychologist/69-diagnosis-emotional-and-the-personal-sphere/190-scale-of-self-charles-spielberger-hanin>

9. Філіппова Г. Г. Материнство і основні аспекти його дослідження в психології / Г. Г. Філіппова // Питання психології, 2001, № 2, с. 22-37.

References

1. Minenko, D. (2018), “Abortion: Legalization or Prohibition”, *Nauka onlayn: Mizhnarodnyy elektronnyy naukovyy zhurnal*.- vol. 5 [Online], available at: <https://nokia-online.com/ua/publications/yurisprudentsiya/2018/5/abort-legalizatsiya-ili-zapret/>, Uk.

2. Cherevko, K.O.(2013), “Genesis of illegal abortion legislation”, *Visnyk Kharkivs'koho natsional'noho universytetu imeni V. N. Karazina, Seriya «PRAVO»*.- vol. 1082 (16), Uk.

3. Abdallahodzhayeva, M. S. Majidov, N. P. Pogopelov, A. B. (2011), *Tsentral'na nervova systema pry vahitnosti* [Central nervous system during pregnancy], Medicine, Moscow, Ru.

4. Abramchenko, V. V. (1997), *Bezpechne materynstvo (Fizychna doskonalist' zhinky)* [Safe motherhood. (Physical perfection of women)], IAH RAMN im. D.O. Otta, St. Petersburg, Ru.

5. Savvina, O.V. (2014), "Causes of legalization of abortions in the twentieth century and contemporary debates about the moral admissibility of abortions", . *Psykhologh*, vol. 3, pp. 221-243, [Online], available at: http://e-notabene.ru/pp/article_12657.html, Ru.
6. Brutman, V. I. (2007), "Psychological phenomena arising from unwanted pregnancy", *Psykholojiya s'ohodni*, vol. 4, pp.150-151, Ru.
7. Brutman, V. I. Radionova, M. S. (2009), "Fopmification of the mother's attachment to the child in the period of the pregnancy", *Voprosy psichologii*, vol. 3, pp. 38 – 47, Ru.
8. Spielberger, C. Hanin, Yu. L., *Test sytuatyvnoyi ta osobystisnoyi tryvozhnosti* [The test "Diagnosis of situational and personality anxiety] [Online], available at: <http://www.vashpsixolog.ru/psychodiagnostic-school-psychologist/69-diagnosis-emotional-and-the-personal-sphere/190-scale-of-self-charles-spielberger-hanin>, Ru.
9. Filippova, G. G. (2001), "Maternity and the main aspects of his research in psychology", *Voprosy psichologii*, vol. 2, pp. 22 – 37, Ru.

УДК 316.6+159.98

Здоровенко Наталія Вікторівна, практичний психолог вищої категорії СЗОШ «Надія», 02000, вул. Янгеля, 2, м. Київ, Україна; zdor_nat@ukr.net; +38(067)255-04-44
ORCID ID 0000-0002-6636-7628

Коляденко Ніна Володимирівна, доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін і психосоматики ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом», 02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна; nina-k@ukr.net; +38(067)756-72-57
ORCID ID 0000-0003-2099-0163

**АВТОРСЬКА КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИТКОВА ПРОГРАМА «УМОВИ
ТА ТЕХНОЛОГІЇ ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ
КОМПЕТЕНТНОСТІ ПІДЛІТКІВ»**

Анотація

Здоровенко Н. В., практичний психолог вищої категорії СЗОШ «Надія», Київ, Україна; **Коляденко Н. В.**, доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри загально медичних дисциплін і психосоматики ПрАТ «ВНЗ «МАУП», Київ, Україна. **Авторська корекційно-розвиткова програма «Умови та технології формування соціальної компетентності підлітків».**

Ключові слова: соціальна компетентність підлітків, корекційно-розвиткова програма.

Постановка проблеми. В умовах розбудови освіти в Україні надзвичайно актуальною є проблема формування соціальної компетентності учнів старших

класів школи, що зумовлено пошуком оптимальних шляхів підготовки їх до самостійного життя.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Процес включення особистості в соціальні структури і ступінь його ефективності привернули увагу науковців порівняно недавно. На початку ХХ ст. тільки вводиться термін «соціальний інтелект», подальші заглиблення в тему виокремлюють поняття компетентності. На даний час не існує єдиної усталеної думки щодо поняття «соціальна компетентність» - у зміст та структуру терміна різні автори вкладають своє трактування та складові, що дає перспективи для подальшої розробки теми. В основному, науковці розглядають соціальну компетентність в ракурсі успішної адаптації особистості в соціумі, через адекватне застосування особистісних якостей та вміння приймати усталені норми, правила, що висуваються суспільством.

Формулювання мети статті. Метою є презентація авторської програми корекційно-розвиткової програми формування соціальної компетентності підлітків, спрямованої на розвиток соціальної компетенції учасників через використання принципів диференційованого підходу в оцінюванні соціуму з урахуванням ієрархічності та вмінням ранжування інформації, подій, оточення, потреб, що, в свою чергу, стане основою для формування соціальнозрілої особистості, яка по закінченню навчального закладу зможе з високим рівнем вірогідності максимально адаптуватися в соціумі, адекватно реагуючи на його зміни, планувати власне майбутнє – як професійне, так і особисте, створити родину і зайняти своє місце в суспільстві, самореалізуватися, набувати та вдосконалювати необхідні для цього навички, використовуючі природні дані.

Виклад основного матеріалу. Програма, враховуючи фактори впливу соціуму, спрямована на формування критичності і реалістичності світосприйняття, адекватності в поведінці відповідно ситуації,

самоідентифікації себе та свого місця в житті, що є основою формування соціальної компетентності. Вона містить ряд ідей, реалізованих у тематичних заняттях для учнів старших класів, спрямованих на нівеляцію негативних наслідків впливу факторів соціального середовища, що призводять до викривлення світосприйняття. Проведення роботи за даною програмою стимулює розвиток соціального інтелекту, як основи для надбання соціальної компетентності, дозволяє отримати позитивні результати в напрямку соціалізації та адаптації майбутнього покоління.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Застосування програми дозволяє підвищити навчальний інтерес учнів, а відтак і якість їх знань, вмінь, навичок, які вони здобуватимуть в процесі навчальної діяльності. Спільна робота, опанування основ тематичної дискусії з дотриманням етичних норм, сприяє підвищенню рівня вихованості дітей, їх емпатійності, позитивній комунікативності.

Аннотация

Здоровенко Н. В., практический психолог высшей категории СОШ «Надежда», Киев, Украина; **Коляденко Н. В.**, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой общих медицинских дисциплин и психосоматики ЧАО «ВУЗ «МАУП», Киев, Украина. **Авторская коррекционно-развивающей программа «Условия и технологии формирования социальной компетентности подростков».**

Ключевые слова: социальная компетентность подростков, коррекционно-развивающей программа.

Постановка проблемы. В условиях развития образования в Украине чрезвычайно актуальной является проблема формирования социальной компетентности учащихся старших классов школы, что обусловлено поиском оптимальных путей подготовки их к самостоятельной жизни.

Анализ последних исследований и публикаций. Процесс включения личности в социальные структуры и степень его эффективности привлекли внимание ученых сравнительно недавно. В начале XX в. только вводится термин «социально интеллект», дальнейшие погружения в тему выделяют понятие компетентности. В настоящее время не существует единой устоявшейся мысли относительно понятия «социальная компетентность» - в содержании и структуре термина разные авторы вкладывают свою трактовку и составляющие, дает перспективы для дальнейшей разработки темы. В основном, ученые рассматривают социальную компетентность в ракурсе успешной адаптации личности в социуме, через адекватное применение личностных качеств и умение принимать устоявшиеся нормы, правила, предъявляемые суусильством.

Формулировка цели статьи. Целью является презентация авторской программы коррекционно-развивающей программы формирования социальной компетентности подростков, направленной на развитие социальной компетентности участников из-за использования принципов дифференцированного подхода в оценке социума с учетом иерархичности и умением ранжирование информации, событий, окружение, потребностей, что, в свою очередь, станет основой для формирования социальнозрелой личности, по окончании учебного заведения сможет с высоким уровнем достоверности максимально адаптироваться в социуме, адекватн реагируя на его изменения, планировать собственное будущее - как профессиональное, так и личное, создать семью и занять свое место в обществе, самореализоваться, приобретать и совершенствовать необходимые для этого навыки, использующие природные данные.

Изложение основного материала. Программа, учитывая факторы влияния социума, направленная на формирование критичности и реалистичности мировосприятие, адекватности в поведении соответственно

ситуации, самоидентификации себя и своего места в жизни, что является основой формирования социальной компетентности. Она содержит ряд идей, реализованных в тематических занятиях для учащихся старших классов, направленных на нивелирование негативных последствий влияния факторов социальной среды, приводящие к искажению мировосприятия. Проведение работы по данной программе стимулирует развитие социального интеллекта как основы для достижения социальной компетентности, позволяет получить положительные результаты в направлении социализации и адаптации будущего поколения.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Применение программы позволяет повысить учебный интерес учащихся, а следовательно и качество их знаний, умений, навыков, которые они будут получать в процессе учебной деятельности. Совместная работа, овладение основами тематической дискуссии с соблюдением этических норм, способствует повышению уровня воспитанности детей, их эмпатийности, положительной коммуникативности.

Annotation

Zdrovenko NV, practical psychologist of the highest category of “Nadiya” Secondary School, Kyiv, Ukraine; **Koliadenko NV**, PhD, MD, Associate Professor, Head of the Department of General Medical Disciplines and Psychosomatics, The Private Joint-Stock Company “Higher Educational Institution “Interregional Academy of Personnel Management”, Kyiv, Ukraine. **Author's Correctional and Developmental Program "Conditions and Technologies for the Formation of Social Competence of Adolescents."**

Key words: social competence of adolescents, correctional and developmental program.

Formulation of the problem. In the context of the development of education in Ukraine, the problem of forming the social competence of high school students is extremely relevant, which is due to the search for optimal ways to prepare them for independent living.

Analysis of recent research and publications. The process of inclusion of the individual in social structures and the degree of its effectiveness have attracted the attention of scientists relatively recently. In the early twentieth century, only the term "social intelligence" is introduced, further immersions in the topic distinguish the concept of competence. Currently, there is no single opinion on the concept of "social competence" - in the content and structure of the term, various authors invest their interpretation and components, which gives prospects for further development of the topic. Basically, scientists consider social competence in the perspective of successful adaptation of the individual in society, through the adequate use of personal qualities and the ability to accept established norms, rules put forward by the neighborhood.

Formulating the purpose of the article. The aim is to present the author's program of correctional and developmental program of social competence of adolescents, aimed at developing social competence of participants through the use of differentiated approaches in assessing society, taking into account hierarchy and ranking skills, events, environment, needs, which, in turn, will be the basis for the formation of a socially mature personality, which after graduation will be able with a high level of probability to adapt as much as possible in society, adequate reacting to its changes, plan their own future - both professional and personal, a family, and take their place in society, self-realization, to acquire and improve the necessary skills using natural data.

The presentation of the main material. The program, taking into account the factors influencing society, aims to form a critical and realistic worldview, adequacy in behavior according to the situation, self-identification of themselves and their place

in life, which is the basis for the formation of social competence. It contains a number of ideas implemented in thematic classes for high school students, aimed at eliminating the negative effects of social factors that lead to a distortion of worldview. Carrying out work on this program stimulates the development of social intelligence as a basis for the acquisition of social competence, allows to obtain positive results in the direction of socialization and adaptation of the future generation.

Conclusions and prospects for further research. The application of the program allows to increase the educational interest of students, and hence the quality of their knowledge, skills, abilities, which they will acquire in the process of educational activity. Working together, mastering the basics of thematic discussion in compliance with ethical norms, helps to increase the level of education of children, their empathy, positive communication.

Ключові слова: соціальна компетентність підлітків, корекційно-розвиткова програма.

Постановка проблеми. В умовах розбудови освіти в Україні надзвичайно актуальною є проблема формування соціальної компетентності учнів старших класів школи, що зумовлено пошуком оптимальних шляхів підготовки їх до самостійного життя. В школі, як міні-моделі суспільства, діти мають можливість усвідомити, а в ідеалі, зрозуміти і прийняти, основні принципи суспільного співіснування, роботи і взаємозв'язку ієрархічних підструктур, їх ролі та функції. Важливим моментом є самоідентифікація в цій структурі зі своєю роллю, усвідомлення прав, обов'язку, відповідальності. Не можна недооцінювати роль і силу впливу педагогів на формуванні життєвих цінностей, соціальних, комунікативних та інших компетенцій майбутнього покоління.

Окреслимо очевидні і найбільш значущі проблеми психологічного і морального характеру, що стають перепоною на шляху адекватного включення підростаючого покоління в соціум:

- Викривлене розуміння свого місця в соціумі, коло «права-обов'язки-відповідальність» викривлене в бік прав. Як наслідок – довготривала інфантильність, прикрита фразеологічними штампами, що створюють ілюзію розумності;

- Заміна знань і дій на емоції. Пошук шляхів отримання позитивних емоцій без докладання зусиль. Підміна діяльності, спрямованої на довгострокову перспективу (з виходом на відчуття задоволення від роботи) на швидкі кроки, що дозволяють отримати позитивні емоції в даний момент.

- Підміна адекватності в реальності на популяризаційні штампи. Зменшується кількість позитивних, конструктивних, високоморальних взірців образу сучасної людини в телемедійному просторі, які могли б стати взірцем для підлітків. Суть замінюються на оболонку, незвичайність, яскравість і ексцентричність якої гіпноотично діє на нестійку психіку. Роль сім'ї як взірця адекватності і конструктивності зменшується.

- Недиференційоване сприймання інформаційного потоку, заміна раціонального підходу на емоційний. Поняття «добре» і «погане» формуються в чуттєвій сфері егоцентризму.

- Слабке розуміння структурності, масштабності, ієрархічності, підпорядкованості, взаємозалежності, починаючи від найближчого оточення і до міжнародного та вищих рівнів. Відтак, нечітке усвідомлення ролей і виконання відповідних функцій кожного з учасників взаємодій.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Процес включення особистості в соціальні структури і ступінь його ефективності привернули увагу науковців порівняно недавно. На початку ХХ ст. тільки вводиться термін «соціальний

інтелект», подальші заглиблення в тему виокремлюють поняття компетентності. На даний час не існує єдиної усталеної думки щодо поняття «соціальна компетентність» - у зміст та структуру терміна різні автори вкладають своє трактування та складові, що дає перспективи для подальшої розробки теми. В основному, науковці розглядають соціальну компетентність в ракурсі успішної адаптації особистості в соціумі, через адекватне застосування особистісних якостей та вміння приймати усталені норми, правила, що висуваються суспільством [2; 3; 6-9]

Питання сутності, змісту та структури соціальної компетентності особистості у вітчизняній науці недостатньо розроблені. В Україні означеній проблемі присвячена недостатня кількість досліджень [2; 6]. Узагальнюючи теоретичні розробки та практичні надбання, зупинимось на трактовці, яка дає найбільш повну характеристику даного поняття.

Соціальна компетентність – базисна, інтегральна характеристика особистості, що відображує її здатність ефективно взаємодіяти з іншими людьми, забезпечує повноцінне оволодіння соціальною реальністю і дає можливість ефективно вибудовувати свою поведінку та вирішувати типові проблеми і задачі, що виникають в реальних ситуаціях повсякденного життя у відповідності з прийнятими в соціумі на даний момент нормами й цінностями. Вона формується в ході освоєння індивідом систем спілкування та включення в спільну діяльність, і досягається через актуалізацію соціального інтелекту. Завдяки цій здатності людина може моделювати і оцінювати наслідки своїх дій наперед і на довгострокову перспективу [2; 6].

До складу соціальної компетентності входять: уміння орієнтуватись в соціальних ситуаціях; уміння правильно оцінювати особистісні особливості та емоційні стани інших людей; уміння обирати адекватні засоби спілкування і поведінки з людьми, реалізовувати їх в процесі взаємодії. Поведінка

особистості в соціумі зумовлюється та мотивується багатьма чинниками: особливостями розвитку суспільства; способами розв'язання суперечностей; механізмами реалізації соціального життя; соціальними та індивідуальними умовами життєвої ситуації; особливостями соціальної інфраструктури; засвоєними традиціями, звичаями й життєвими цінностями. Важливу роль відіграє «Я-концепція» особистості, взаємозв'язок якої з соціальним життям полягає в досягненні гармонії з оточенням, в його підтримці. Отже, йдеться про свідому оцінку людиною своїх дій і вчинків, прийняття (або неприйняття), зміну, корекцію стереотипів, цінностей відповідно до норм суспільства [2; 6].

Формування соціальної компетентності школярів проходить безперервно і в тому оточенні, в якому вони знаходяться. Але існує ряд психологічних проблем, які стають суттєвою перешкодою і стримуючим фактором на шляху їх реалізації. Вони сформувалися як результат впливу факторів зовнішнього середовища на незрілу емоційно-вольову сферу підлітків. Максималізм, притаманний підліткам, схильність до ексцентричності позбавляють їх можливості реально і критично оцінювати потік інформації. В них не сформовані психологічні структури, які б дозволяли їм розподіляти ці потоки, оцінювати і адекватно пристосовувати в своєму житті. Оцінювання проходить за принципом – «це мені подобається, це не подобається». Не маючи уявлення про певний предмет, явище, не маючи досвіду в певній справі чи сфері, вони намагаються висловлювати свою думку. І ця «думка» зводиться приблизно до рівня «це погано, тому, що мені не подобається, а це добре, бо мені подобається». Тобто, реальність підмінюється на емоційність. Інфантильність, як слідство гіпертрофування прав з мінімалізацією чи повною відсутністю обов'язків, акцент на зовнішній локус-контроль і зосередженість на власній емоційності, відсутність адекватної оцінки стимулюють вибір на користь дій, кроків і подій, що принесуть «позитив», хоч і швидкоплинний. Втрачається

усвідомлення важливості реальних результатів, досягнення яких пов'язано, як правило, з подоланням труднощів, і що найголовніше – з можливими негативними емоціями [6; 8].

Егоцентризм, притаманний віку, підтримується і вкорінюється в структурі особистості підлітків насамперед через підміну реальності на віртуальність в соцмережах. Слаборозвинена критичність не дає можливості адекватно оцінювати ні себе, ні оточення. Відповідно, не можна говорити про планування свого майбутнього, про адекватність при включенні в соціальні структури, оскільки про них немає реального уявлення [4; 5; 11; 12].

Школа, поряд з родиною, відіграє суттєву роль у формуванні соціальної компетентності. Відбувається співпраця, конкуренція, комунікація з різними віковими групами. Усвідомлюються початкові поняття соціальної ієрархії, соціального статусу: від техперсоналу до директора. Починається процес самоідентифікації, відбувається пошук та усвідомлення своєї ніші [10].

Сімейно-родове коло стимулює навчання вирішенню питань побутово-економічного характеру з урахуванням людського фактору. Засвоюються способи вирішення конфліктів, на фоні емоційно-емпатійного спілкування [5; 8; 10].

Громадські місця (лікарні, транспорт, зупинки транспорту, дорога, торгові точки, інше) дають можливість засвоїти вирішення проблем побутового чи економічного характеру [1]. Характер проблем схожий із сімейними, але в оточенні переважають чужі люди. Відбувається навчання дистанції, пієтету, емоційній стриманості.

Кіно дає зразки образів і поведінки [1]. Звісно, перевага надається Героям – позитивним чи негативним, але вони так чи інакше мають вражати, тобто вибиватись із загального фону (одяг, манери, емоційність, бунтарство, харизма). Ток-шоу: ті самі побутові проблеми, які вже знайомі. Пропонуються шляхи їх

вирішення: раціональні, емоційні, комунікаційні, інші. Пізнавальні передачі: розширення наукової сфери, освоєння якої започаткувала школа. Накопичення знань про оточуючий світ, можливо спроба диференціювати інформацію. Розважальні передачі: емоційна сфера (плюс комунікативна, емпатійна). Політичні передачі і новини: розширяють політичне бачення, дають розуміння взаємозалежності на різних рівнях – від особистостей до міжнародних відносин.

Реклама,- будучи джерелом інформації в певній сфері, вона є носієм емоційності, як правило агресивного характеру, з використанням речень спонукального типу. Саме ця емоційність і спонукання тисне на дитячу свідомість, реклама стає не просто інформацією, а претендує на зразки поведінки, пропонує певний стиль життя. Наслідування стереотипів, стилі, форми поведінки, життєві цінності.

Соціальні мережі,- для більшості підлітків вони стають життєзамінниками. Ілюзія свободи в поведінці: незалежності (від дорослих, правил, обов'язків), безкарності, безвідповідальності. Ілюзія позитивних емоцій: спілкування, належності до референтної групи, поваги, власної значимості. Зазначені фактори створюють ілюзію психологічного комфортного середовища. не дивно, що там хочеться перебувати.

Зворотна сторона віртуального світу – психологічний інфантилізм із відсутністю відповідальності за свої вчинки, агресивність або емоційна холодність, певне звуження кругозору, ризик асоціальної поведінки. Навряд чи можна говорити про соціалізацію особистості через використання соцмереж Інтернету: скоріше мова йде про перенавчання, пристосування до реалій соціума після виходу з віртуального комфорту, що певною мірою складніше, ніж навчання з початкового рівня.

Враховуючи вищесказане, ми розробили корекційно-розвиткову програму формування соціальної компетентності підлітків.

Формулювання мети статті. Метою є презентація авторської програми корекційно-розвиткової програми формування соціальної компетентності підлітків, спрямованої на розвиток соціальної компетенції учасників через використання принципів диференційованого підходу в оцінюванні соціуму з урахуванням ієрархічності та вмінням ранжування інформації, подій, оточення, потреб, що, в свою чергу, стане основою для формування соціальнозрілої особистості, яка по закінченню навчального закладу зможе з високим рівнем вірогідності максимально адаптуватися в соціумі, адекватно реагуючи на його зміни, планувати власне майбутнє – як професійне, так і особисте, створити родину і зайняти своє місце в суспільстві, самореалізуватися, набувати та вдосконалювати необхідні для цього навички, використовуючі природні дані.

Виклад основного матеріалу. Програма є результатом роботи над ідеєю, що лежить в основі як психології, так і педагогіки – формування адекватних, позитивно налаштованих членів соціуму, які володіють життєвими компетенціями (комунікативними, емпатійними, соціальними, т.п.), здатні працювати як самостійно так і в колективі, планувати і вибудовувати майбутнє як власне, так і суспільне. Вона містить ряд ідей, реалізованих у тематичних заняттях для учнів старших класів, спрямованих на нівеляцію негативних наслідків впливу факторів соціального середовища, що призводять до викривлення світосприйняття. Програма, враховуючи фактори впливу соціуму, спрямована на формування критичності і реалістичності світосприйняття, адекватності в поведінці відповідно ситуації, самоідентифікації себе та свого місця в житті, що є основою формування соціальної компетентності.

Завдання програми:

- підвищити рівень соціального інтелекту, який є основою для формування соціальної компетентності, розширити кругозір, навчити структурності при обробці отриманої інформації;

- спрямувати свідоме сприйняття оточення на раціональне бачення, виробити звичку до диференціації інформаційного потоку, спрямувати свідомість в бік об'єктивного оцінювання (себе, людей, ситуацій, подій);
- збільшити ступінь адекватності дій, через усвідомлення причинно-наслідкових відношень подій;
- сформувати поняття кордонів, дистанцій між людьми в колах спілкування, між різними сферами життя, серед соціальних структур;
- навчити складати логічну картину існування світу, розуміти місце окремих структур, їх ієрархічність та їх взаємопов'язаність, місце і роль окремих людей в кожній з них;
- відпрацювати комунікативні навички;
- виробити звичку до співпраці як діяльності, що з мінімальними енергетичними витратами дозволяє досягнути результатів.

Методи: аналіз, синтез, контент-аналіз, рефреймінг.

Форма проведення роботи: міні-семінари, міні-тренінги.

Техніки: обговорення, дискусії, мозковий штурм.

Опис програми

В програмі використовується прийом комбінативного співставлення, з аналізом природи людини в центрі як основа: горизонтальний та вертикальний зрізи. Горизонтальний – включеність людини в кола спілкування, соціальні структури, її роль в кожному з них. Вертикальний – дослідити зміни окремої особистоті з плином часу, визначити вікові категорії (на свій розсуд, з ґрунтовною аргументацією), визначити роль і функції людини на кожному віковому етапі. Порівняти ролі і функції кожної вікової категорії. Одночасно ставиться задача проаналізувати потреби людей в кожний історичний період, використовуючи піраміду ієрархій потреб з урахуванням історичних особливостей – політичних, економічних, медичних, наукових. Прослідкувати

за історичними змінами в людському суспільстві. Порівняти ціннісні орієнтації суспільства в історичному аспекті та в особистому плані. Які рівні піраміди співпадають, які кардинально відрізняються? Зробити висновки. На фінальній стадії психолог (педагог) має допомогти учням узагальнити всю отриману і проаналізовану ними інформацію, і акцентуватися на таких моментах: людина залишається людиною і в сучасності, і 1000 років до цього, з тими самими потребами: досягнення науки і техніки, нова мода не роблять людину іншою (ті самі руки, ноги, інші частини тіла), її особисті потреби не міняються; на кожному віковому етапі є своя роль, права, обов'язки, відповідальність: у дітей більше прав, у дорослих – відповідальності; кожен елемент означеного ланцюга має свої межі – твої права закінчуються там, де починаються права іншого. І найголовніше – підкреслити взаємозв'язок всіх людей, і як окремих індивідів, і як таких, що включені в певну соціальну структуру.

Передбачено поступове розширення кругозору учасників з активними мисленевими діями: аналіз, синтез, умовиводи. Теми, підібрані для роботи, стимулюють актуалізацію соціального інтелекту з перспективою розвитку соціальної компетентності і розкриваються поступово, крок за кроком. Всі заняття, включені в програму, розбиті на тематичні блоки, що проводяться в хронологічному порядку.

- Перший блок. Задача його – дати учасникам поняття структури людського суспільства, допомогти зрозуміти природу розподілу людей на групи та, для самоусвідомлення себе як частини людського колективу, кола спілкування (рис. 1). Роз'яснити диференціацію функцій учасників кожного кола, аргументувати різницю в поведінці особистості для кожного з кіл. Дати поняття: «друг – знайомий – незнайомиць». Показати взаємовключеність кіл, взаємозв'язок як всередині кожного з них, так і між ними. Зробити акцент на людському факторі власного оточення. Розраховано на 3 заняття.



Рис. 1. «Кола спілкування» (соціальні кола)

- Другий блок. «Коло життя» (рис. 2). Завдання цього блоку - окреслити сфери діяльності в житті людини. Спочатку навчити розмежуванню таких понять, як робота, відпочинок, навчання тощо, підштовхнути до розуміння, що кожен крок, дію чи бездіяльність можна віднести до відповідної категорії. Потім визначити ієрархічність відповідних сфер. Розробці теми присвячено 2 заняття.

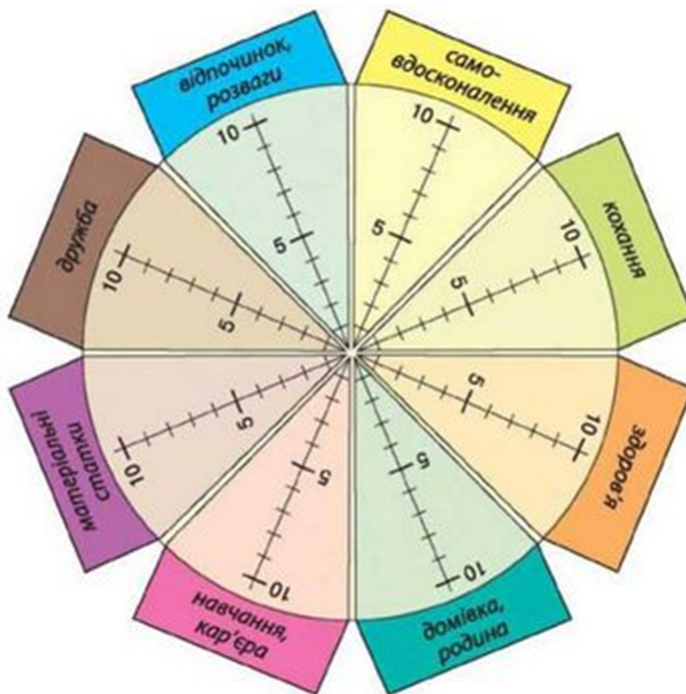


Рис. 2. Схеми «Колесо життя»

- Третій блок. Ієрархія потреб (рис. 3). Продовження попередньої теми. Використовуючи піраміду Маслоу, розширити рамки простої констатації. Визначити ролі і функції оточення, а також - особливо – власні, на кожному рівні. Розраховано на 2 заняття.

- Четвертий блок. Структура людського суспільства. Продовження і розширення попередньої тематики. Використовуючи набуті в процесі навчання історико-географічні знання, телемедійну інформацію, власний досвід і спостереження, скласти соціальну структуру суспільства різних історичних періодів на різних територіях, різних народностей. Прослідкувати історичні зміни в складі структур. Скласти їх ієрархію за ступенем пріоритетності, важливості на кожному етапі. Виокремити функції кожної. Порівняти. Дати оцінку. Розраховано на 3 заняття.



Рис. 3. Ієрархія потреб Маслоу

- П'ятий блок. Критичність мислення. Навчити учасників диференційованому підходу в оцінюванні інформаційного потоку з використанням контент-аналізу. Дати розуміння комплексності отримуваної інформації та показати принципи її диференціації: інформаційна, емоційна, естетична, енергетична та інші складові. Вплив та види ефектів, що супроводжують інформацію: візуальні, аудіальні, інші. Для практики даємо домашні завдання, обговорення результатів – спільно, на заняттях. Розраховано на 4 заняття.

- Шостий блок. Природа людини. Проводяться горизонтальний та вертикальний зрізи. Горизонтальний – включеність людини в кола спілкування, соціальні структури, її роль в кожному з них. Вертикальний – дослідити зміни окремої особистоті з плином часу, визначити вікові категорії, роль і функції на кожному часовому етапі. Порівняти. Прослідкувати за історичними змінами в людському суспільстві. Порівняти ціннісні орієнтації суспільства в історичному аспекті та в особистому плані. Застосувати піраміду ієрархії потреб для аналізу. Розробці теми присвячено 2 заняття.

Приклади роздаткового матеріалу – інструкції до міні-сценок

I. Ремонт. Квартира 3-кімнатна. Ремонт проводиться по черзі в кожній з них. Мешканці: бабуся, мама, тато, 2 брати, кіт.

Проблема 1. Де, в якій комбінації розміститися під час ремонту в одній з кімнат.

Проблема 2. Вибір шпалер для всіх кімнат.

Проблема 3. Фронт робіт для кожного учасника – ремонт робимо своїми силами.

Бабуся: не хоче переходити в іншу кімнату; не любить шум; обирає пастельний колір шпалер.

Тато: не знаходить спільної мови з бабусею, надає перевагу сірим тонам, важко переносить присутність kota.

Мама: хоче усі кімнати зробити в одному стилі, квіткові шпалери.

Брат Сашко: фанат раллі, хоче кімнату відповідно облаштувати.

Брат Федір: майбутній науковець, хоче бачити на стінах формули і закони фізики.

Кіт: товариський, не переносить самотності, дуже балакучий, плутається під ногами коли не спить.

II. Виїзд на природу. Сімейний відпочинок: Виїзд на природу з ночівлею.

Родина: бабуся, мама, тато, брат, сестра, собака, машина.

Проблема 1. Вибір: берег річки, ліс, гори.

Проблема 2. Збори: що брати з собою.

Проблема 3. Як дістатись місця: своєю машиною, міським транспортом, пішки, інші варіанти.

Тато: надає перевагу горам, береже машину.

Мама: хоче на річку, на своїй машині, всією родиною

Брат: без товариша не хоче нікуди їхати

Сестра: не може без інтернета і душа

Бабуся: мудра, мирлюбна людина, любить спокій

III. Територія лікарні. Ролі: пацієнт, медична сестра, санітарка, лікар, депутат, електрик, міністр.

IV. Кав'ярня. Ролі: відвідувач, офіціант, повар, сантехнік, охоронець, директор кав'ярні, естрадна зірка, грузчик, директор цирку.

V. Автобус. Ролі: пасажери (3-4), кондуктор, водій, контролер, депутат, полісмен, дідусь із втратою пам'яті.

VI. Зоопарк. Ролі: директор зоопарку, касир, директор овочебази, відвідувачі (2-3), охоронець, балувана дитина.

VII. Школа. Ролі: Учні (3-4), вчитель, директор, президент, прибиральниця, сантехнік, садівник, лікар.

Варіанти проблемних (чи просто побутових) ситуацій:

- Ситуація 1. Закінчилась їжа. Треба вирішити це питання.
- Ситуація 2. Ви граєтесь, один з дітлахів упав, плаче, не піднімається, тримається за ногу. Що робити?
- Ситуація 3. Ви в людному місці і ваш товариш почав дивно поводитись: впав, його б'ють судомою, закотив очі, не відповідає на ваші питання. Що може відбуватись далі?
- Ситуація 4. Крадіжка в торговому місці. Є свідки. Злодія впіймали. Як будуть розвиватися події?
- Ситуація 5. Поряд з вами поселилася родина, в якій є дуже вродлива дівчина. Наступного дня у вас хтось сильно захворів, не встає з ліжка, не їсть, т.і. Який імовірний розвиток подій?
- Ситуація 6. Холодна пора року. В помешканні не жарко. Як вирішити проблему?
- Ситуація 7. Ви – з дороги, а води нема. Як бути?
- Ситуація 8. Вам треба повідомити бабусю про (...). Напишіть записку. Відправте повідомлення.
- Ситуація 9. Ви отримали домашнє завдання з біології, географії, математики, письма. Яким воно може бути і як його виконати?
- Ситуація 10. Ви на березі, вам необхідно на інший бік. Є певні перепони. Які вони? І як можна вийти з ситуації?

В програмі просуваються та втілюються ідеї, що дозволяють людині не просто прилаштуватися та використати складові компоненти соціуму (матеріальні та моральні) для знаходження свого комфортного місця в ньому, а й обрати своє місце та виконувати в ньому роль із розумінням та усвідомленням

ієрархічності структури та зв'язків між її компонентами, що передбачає високу оптимальність та результативність в діяльній і поведінковій сферах. Технології програми спрямовані на стимуляцію розширення світогляду особистості: на бачення і усвідомлення ієрархічності структур (від міні-колективу до планетарного масштабу), їх взаємовключеності та взаємодії, ролей кожної з них та власну роль. Таке бачення дозволяє з великим ступенем вірогідності прогнозувати дії (оточуючих і власні), передбачати наслідки, приймати дійсність і адекватно реагувати на соціально-психологічні подразники та непередбачені події. Бачення, розуміння та усвідомлення більшої кількості компонентів, а відтак і більшої кількості варіантів взаємодій дозволяє віднайти і реалізувати різні варіанти включення в соціум з максимальною ефективністю.

Основна точка спрямування тематики занять – підвищення рівня соціального інтелекту, який є основою для формування соціальної компетентності. В результаті роботи в учасників виробляється раціональне бачення, звичка до диференціації інформаційного потоку, вдосконалюються комунікативні навички. Проведення роботи за даною програмою стимулює розвиток соціального інтелекту, як основи для надбання соціальної компетентності, дозволяє отримати позитивні результати в напрямку соціалізації та адаптації майбутнього покоління, зокрема:

- здобуваються навички структурності при обробці отриманої інформації, її диференційований відбір;
- з'являється об'єктивність в оцінюванні (себе, людей, ситуацій, подій);
- збільшується ступінь адекватності дій, через усвідомлення причинно-наслідкових взаємозв'язків подій;
- усвідомлюється поняття межі: для розуміння і оцінювання співіснування соціальних структур, необхідно знати межі кожної з них;

- складається логічна картина існування світу і місце окремих структур, їх ієрархічність та їх взаємопов'язаність, місце і роль окремих людей в кожній з них;

- відпрацьовуються комунікативні навички;

- виробляється звичка до співпраці, якій надається перевага (перед конкуренцією), як діяльності, що з мінімальними енергетичними витратами дозволяє досягнути результатів;

- конкуренція усвідомлюється як засіб отримання альтернативної точки зору, для підвищення власних досягнень, поінформованості та знаходження нових шляхів і способів діяльності.

Все це являється основою успішного включення особистості в соціальні структури і дає можливості для вирішення нею проблем як матеріального так і морального характеру.

Висновки. Застосування програми дозволяє підвищити навчальний інтерес учнів, а відтак і якість їх знань, вмінь, навичок, які вони здобуватимуть в процесі навчальної діяльності. Спільна робота, опанування основ тематичної дискусії з дотриманням етичних норм, сприяє підвищенню рівня вихованості дітей, їх емпатійності, позитивній комунікативності, адекватному сприйнятті оточуючих, як однолітків, так і представників інших вікових груп, що в свою чергу дозволяє прискорити процес адаптації до нових умов та вміння співпрацювати.

Список використаних джерел

1. Віденко В. Ф. Людина і світ / В. Ф. Віденко, Л. В. Віденко, В. І. Кондратова-Діденко.— К. : Вища школа, 2001. – 229 с.

2. Архіпова С. П. Професійна компетентність і професійність соціального працівника: сутність і шляхи розвитку / С. П. Архіпова // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2004. - №2.

3. Гарашкіна Н. Діагностика професійної компетентності / Н. Гарашкіна // Соціальна педагогіка. - 2003. - № 4.

4. Гіндіна О. Д. Генетичні основи емоцій та поведінкових особливостей у дітей підліткового віку / О. Д. Гіндіна. – М., 2005 – 24с.

5. Дементьєва І. Ступінь соціальної відповідальності підлітків у повній та неповній родині / Дементьєва І., Зубарева Н. // Виховання школярів.- 2003. - № 10.

6. Докторович М. О. Формування соціальної компетентності старшого підлітка з неповної сім'ї: дис. канд. пед. наук - Київ, 2007.

7. Життєва компетентність особистості: наук.-метод. посібн. [ред. Л. В. Сохань, І. Єрмаков Г., Несен Г. М.].- К.: Богдана, 2003. - 520 с.

8. Лєпіхова Л. Соціально-психологічна компетентність у педагогічній взаємодії. // Вища освіта України. – 2004. - №3.

9. Мельник О. І. Зміст комунікативної компетентності педагога / О. І. Мельник // Психологія і школа. - 2004. - № 4.

10. Поздняков А. Готуємо вчителя до формування соціальної зрілості старшокласників. // Учитель. – 2003. - №4.

11. Реан А. А. Психологія підлітка / Реан А.А.– М.: Олма-прес, 2003.–432с.

12. Толстих Т. І. Становлення соціальної зрілості учнів юнацького віку в умовах проектної діяльності / Т. І. Толстих // Психологія і школа.– 2004.- № 4.

References

1. Videnko, V. F. Videnko, L. V., Konfratova-Didenko, V. I. (2001), *Lyudyna i svit* [Man and the world], Higher school, Kyiv, Uk.

2. Arkhipova, S. P. (2003), "Professional competence and professionalism of a social worker: the essence and ways of development", *Sotsial'na robota v Ukrayini: teoriya i praktyka*, vol.2, Uk..
3. Garashkina, N. (2003), "Diagnosis of professional competence", *Sotsial'na pedahohika*, vol. 4, Uk.
4. Gindina, O. D. (2005), *Henetychni osnovy emotsiy ta povedinkovykh osoblyvostey u ditey pidlitkovoho viku* [Genetic bases of emotions and behavioral features in adolescents], Moscow, Ru.
5. Dementieva, I. Zubareva, N. (2003), "The degree of social responsibility of adolescents in complete and incomplete families", *Vospitaniye shkolnikov* , vol. 10, Ru.
6. Doktorovich, M. O. (2007), *Formuvannya sotsial'noyi kompetentnosti starshoho pidlitka z nepovnoyi sim'yi* [Formation of social competence of the senior teenager from a single-parent family], Kyiv,Uk.
7. Sokhan, L. V. Yermakov, I. Nesen, G. M. (2003), "*Zhyttyeva kompetentnist' osobystosti: nauk.-metod. posibn.*" [Life competence of the individual: scientific method. manual],Bogdana,Kyiv, Uk.
8. Lepikhova, L. (2004), "Socio-psychological competence in pedagogical interaction", *Vyshcha osvita Ukrayiny*, vol. 3, Uk.
9. Melnyk, O. I. (2004), "The content of communicative competence of the teacher", *Psykhologhiya i shkola*, vol.4, Ru.
10. Pozdnyakov, A. (2003), "We prepare teachers for the formation of social maturity of high school students", *Uchytel*, vol. 4, Ru.
11. Rean, A. A. (2003), *Psykhologhiya podrostka* [Psychology of adolescents] / Olma-press, Moscow, Ru.
12. Tolstykh, T. I. (2004), "Formation of social maturity of young students in terms of project activity", *Psykhologhiya i shkola*, vol.4, Ru.

УДК 159.922: 159.938

Кокун Олег Матвійович, доктор психологічних наук, професор, заступник директора з науково-інноваційної роботи Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України; 01033, вул. Паньківська, 2, м. Київ, Україна; kokun@ukr.net; +38(067) 799-35-20

ORCID ID 0000-0003-1793-8540

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЧИННИКІВ УСПІШНОСТІ ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ ФАХІВЦІВ СОЦІОНОМІЧНИХ ПРОФЕСІЙ

Анотація

Кокун О. М., доктор психологічних наук, професор, заступник директора з науково-інноваційної роботи Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України; м. Київ, Україна. **Психологічні особливості чинників успішності професійного становлення фахівців соціономічних професій.**

Ключові слова: професійний розвиток, професійна спрямованість, професійна компетентність, соціономічні професії.

Постановка проблеми. Значимість соціономічних професій в сучасному суспільстві постійно підвищується. Це зумовлює необхідність визначення психологічних особливостей та чинників професійного становлення фахівців таких професій з метою сприяння їх ефективному професійному становленню та особистісно-професійному розвитку.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Особливості роботи та вимоги до фахівців соціономічних професій за останні декілька десятиліть зазнали значних змін у зв'язку із кардинальною глобалізацією та інформатизацією

суспільства (Dubchak, 2016). Разом з тим, у підготовці фахівців із різних професій, що відносяться до такого типу, наявне суттєве протиріччя: з одного боку, соціально-економічні зміни, що відбуваються в суспільстві зумовлюють підвищення вимог до таких фахівців, їхньої активності і відповідальності відносно власного професійного й особистісного розвитку, а з іншого – підготовка цих фахівців здебільшого залишається значною мірою суто формальною, а їх подальший професійний розвиток найчастіше відбувається стихійно (Kalaur, 2016; Walker, et. al., 2010). При цьому, якщо етапам професійного відбору і, особливо, професійної підготовки фахівців соціономічних професій присвячено порівняно багато досліджень, то дослідження подальших етапів становлення фахівця у таких професіях практично не здійснювались (Berezan, 2018; Korniyaka, 2018).

Формулювання мети статті. Викладено результати досліджень, що характеризують психологічні особливості чинників професійного становлення фахівців соціономічних професій.

Викладення основного матеріалу. В дослідженні за участю 918 фахівців соціономічних професій встановлено, що показники сприятливих для їх професійного становлення чинників поступово підвищуються від одного етапу професійного становлення до іншого, а показники негативних, або не змінюються, або суттєво знижуються. Підтверджено, що прояви професійного вигорання та деформації є негативними для професійного становлення фахівців соціономічних професій чинниками. В якості позитивних чинників визначені показники комунікативних та організаційних здібностей, а також здоров'я та позитивності стосунків із колегами і начальством. Всі показники професійної спрямованості та компетентності фахівців соціономічних професій тісно пов'язані між собою, а основним типом зв'язку між ними є взаємовплив.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Отримані результати

можуть стати основою для запровадження системи заходів, спрямованих на сприяння ефективному професійному становленню та особистісно-професійному розвитку фахівців соціономічних професій.

Аннотація

Кокур О. М., доктор психологічних наук, професор, заступник директора по науково-інноваційній роботі Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України; г. Київ, Україна. **Психологічні особливості факторів успішності професійного становлення спеціалістів соціономічних професій.**

Ключові слова: професійне розвиток, професійна спрямованість, професійна компетентність, соціономічних професій.

Постановка проблеми. Значимість соціономічних професій в сучасному суспільстві постійно підвищується. Це обумовлює необхідність визначення психологічних особливостей і факторів професійного становлення спеціалістів таких професій з метою сприяння їх ефективному професійному становленню і особистісно-професійному розвитку.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Особливості роботи і вимоги до спеціалістів соціономічних професій за останні кілька десятиліть зазнали значущих змін в зв'язі з кардинальною глобалізацією і інформатизацією суспільства (Dubchak, 2016). Разом з тим, в підготовці спеціалістів різних професій, які належать до цього типу, існує суттєве протиріччя: з однієї сторони, соціально-економічні зміни, що відбуваються в суспільстві обумовлюють підвищення вимог до таких спеціалістів, їх активності і відповідальності

в отношении собственного профессионального и личностного развития, а с другой - подготовка этих специалистов в основном остается в значительной мере чисто формальной, а их дальнейшее профессиональное развитие чаще всего происходит стихийно (Kalaur, 2016; Walker, et. al., 2010). При этом, если этапам профессионального отбора и, особенно, профессиональной подготовки специалистов социномических профессий посвящено сравнительно много исследований, то исследование дальнейших этапов становления специалиста в таких профессиях практически не осуществлялись (Berezan, 2018; Korniyaka, 2018).

Формулирование цели статьи. Изложены результаты исследований, характеризующие психологические особенности факторов профессионального становления специалистов социномических профессий.

Изложение основного материала. В исследовании с участием 918 специалистов социномических профессий установлено, что показатели благоприятных для их профессионального становления факторов постепенно повышаются от одного этапа профессионального становления к другой, а показатели негативных, либо не меняются, или существенно снижаются. Подтверждено, что проявления профессионального выгорания и деформации являются негативными для профессионального становления специалистов социномических профессий факторами. В качестве положительных факторов определены показатели коммуникативных и организационных способностей, а также здоровья и позитивности отношений с коллегами и начальством. Все показатели профессиональной направленности и компетентности Фахи-вцив социномических профессий тесно связаны между собой, а основным типом связи между ними есть взаимовлияние.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Полученные результаты могут стать основой для внедрения системы мероприятий, спря-

Язык не на содействие эффективному профессиональному становлению и личностно-профессиональному развитию специалистов социномических профессий.

Annotation

Kokun O. M., Dr. of Science (Psychology), Professor, Deputy Director of the G.S. Kostiuk Institute of psychology; Kyiv, Ukraine. **Psychological Characteristics of Successful Professional Formation of Specialists in Socionomy Professions.**

Key words: professional development, professional orientation, professional competence, socionomy professions.

Formulation of the problem. Socionomy professions become more and more important in modern society. Therefore, it is necessary to define psychological characteristics and factors supporting or retarding professional formation of specialists in such professions in order to facilitate their effective professional and personal development.

Analysis of recent researches and publications. The work peculiarities and requirements for specialists in socionomy professions have undergone significant changes in the last few decades because of globalization and IT penetration (Dubchak, 2016). At the same time, there is a significant contradiction in the training of specialists for this type professions: on the one hand, social-economic changes taking place in society lead to augmented requirements as for such specialists, their work and responsibilities and their own professional and personal development, and on the other hand, the training of such specialists remains mainly purely formal, and their further professional development is most often spontaneous (Kalaur, 2016; Walker, et. al., 2010). Moreover, if there are relatively many researches on the stages of professional selection and, especially, professional training in socionomy professions, researches on further stages of professional formation are absent nearly at all

(Berezan, 2018; Korniyaka, 2018).

Formulating the purpose of article. The article purpose is to present the research results describing the psychological characteristics of the factors supporting or retarding professional formation of specialists in sociology professions.

The presentation of the main material. The study, involving 918 professionals in sociology specialities, has determined that values of the factors favourable for their professional development increase gradually from one stage of professional formation to another, and values of the negative factors do not change, or even decrease significantly. The article confirms that signs of professional burnout and deformation are negative factors for professional formation of professionals in sociology specialities. Communicative and organizational abilities, as well as health and positive relationships with colleagues and superiors have been identified as positive factors. All factors of professional orientation and competence of professionals in sociology specialities are interconnected closely, they are mainly mutually influencing.

Conclusions and perspectives of further research. The obtained results can be the basis for the introduction of a system of measures aimed at promoting the effective professional and personal development of specialists in sociology professions.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SUCCESSFUL PROFESSIONAL FORMATION OF SPECIALISTS IN SOCIOLOGY PROFESSIONS

Key words: professional development, professional orientation, professional competence, sociology professions.

Formulation of the problem. Modern society is characterised by continuously increasing importance of sociometry professions (Johnson, et. al., 2013; Kaplunenko, 2016). First of all, it is due to the fact that many of such profession can transform personal characteristics of other people, here we speak about school teachers, university lecturers, psychologists, top-managers, social workers, business coaches, etc. (Čujko, 2015; Dubchak, 2016). And secondly, it is due to the fact that, besides the current high social significance of these professions in, so to speak, “their pure form”, their elements are also closely integrated into professions of all other types. For example, a director, an actor (creative professions), a foreman, a workshop manager (the “person-machines” type of professions), an employee of an ecological service (“person-nature”), a chief accountant, a director of a publishing house (“person-sign”), etc., all these occupations, in addition to their main type of profession, are also can be described as professions of sociometry type (Kokun, 2012).

Analysis of recent researches and publications. Thus, sociometry professions are aimed at supporting and management of various social processes and often require incompatible characteristics of their representatives (Kovacs, Tatham, & Larson, 2012). In particular, it includes the abilities to be demanding and at the same time to be good-natured, attentive; to adhere strictly to ethical and legal norms and to be able to orient quickly in extraordinary situations; to adhere strictly to the technological regulations and to make quick decisions in extreme situations; to show and maintain rules of conduct and communication with their own behaviour. Such professions also often put forward increased demands as for a person’s health, physical and mental capacities (Darling-Hammond, 2010; Lopes Cardozo, et. al., 2012; Pichurin, 2015). They are characterized by complex combinations of direct and indirect results of work, immediate and postponed (Kokun, & Karpoukhina, 2010). The content of work in these professions is characterized by a highly emotional interpersonal contacts,

high responsibility for communication results and made decisions (Bellingrath, Weigl, & Kudielka, 2009; Goyal, & Goel, 2009).

Professiograms and psychograms of sociology professions usually reflect only qualitative characteristics of work. As a rule, it is difficult to predict and quantify all social-psychological conditions of work due to the high dynamics and specificity of social-psychological phenomena (Dubchak, 2016; Johnson, et. al., 2013). For example, a specialist's functions in an organization are mainly determined by its formal structure (a number of management levels, rigidity of work regulations - access to databases, control over communications, etc.), personal characteristics of an immediate superior, organizational culture (Kokun, & Karpoukhina, 2016).

Successfulness of professional work of specialists in sociology professions, as a rule, cannot be reduced only to work results. It is usually an integral phenomenon (quantitative and qualitative indicators of work, psychophysiological costs of work, satisfaction with labour, estimation of correspondence between labour and its payment, relations with colleagues and supervisors, assessment of a person's work from their side, etc.) (Johnson, et. al., 2013). In addition, environmental factors such as a social-economic policy at the country in certain periods, various social-psychological phenomena of public life, affecting simultaneously many organizations and their personnel, influence sociology professions (Jimmieson, Hannam & Yeo, 2010; MacBeath, 2012).

It should be noted that the work peculiarities and requirements for specialists in sociology professions have undergone significant changes in the last few decades because of globalization and IT penetration (Dubchak, 2016). At the same time, there is a significant contradiction in the training of specialists for this type professions: on the one hand, social-economic changes taking place in society lead to augmented requirements as for such specialists, their work and responsibilities and their own professional and personal development, and on the other hand, the training of such

specialists remains mainly purely formal, and their further professional development is most often spontaneous (Kalaur, 2016; Walker, et. al., 2010).

Moreover, if there are relatively many researches on the stages of professional selection and, especially, professional training in sociology professions, researches on further stages of professional formation are absent nearly at all (Berezan, 2018; Korniyaka, 2018). So, researches identifying psychological peculiarities and factors of professional formation of sociology specialists in the modern situation are particularly important for practice (Johnson, et. al., 2013; Kokun, 2012). After all, the results of such researches will help to develop effective measures promoting effective professional and person development of sociology professionals.

Formulating the purpose of the article. The article purpose is to present the research results describing the psychological characteristics of the factors supporting or retarding professional formation of specialists in sociology professions.

The presentation of the main material. Methods of the research: self-efficacy scale of R. Schwarzer and M. Yerusalem; Maslach Burnout Inventory (MBI), Klimov's differential diagnostic questionnaire; the test for "Communication and organizational skills determination" (KOS-2); "Study of satisfaction with one's own profession and work" test by E. Ilyin; and a questionnaire developed by us. The quantitative index of a state of professional development is determined on the base of the first 12 questions of the questionnaire; this index allowed us to distribute respondents in accordance with their stages of professional development (professional adaptation, primary professionalization, secondary professionalization, professional mastery). Another 11 questions characterize the peculiarities of specialists' professional orientation and serve as indicators of the factors favourable and unfavourable for successful professional development.

Methodology and participants of the research: the research was conducted using the diagnostic web-site: <http://prof-diagnost.org>. For analysis, the results of 918 specialists of sociology professions were selected.

For statistical analysis, we used SPSS 22 programming package. The data obtained in research correspond to the normal distribution of studied data. Student's Independent-samples t-test and Pearson correlation coefficient were used.

Peculiarities of manifestations of the factors influencing successful professional formation of sociology specialists

The questions from our questionnaire and the scales of Maslach Burnout Inventory (MBI) were used as the factors influencing successful professional formation of sociology specialists.

The dynamics of these factors, determined in accordance with the stages of professional development, is presented in Tables 1 and 2.

Table 1.

Factors influencing successful professional formation of sociology specialists at different professional stages (on the base of the questionnaire)

#	Factors	Stages of professional development			
		PA	PP	SP	PM
1	Positive relations with colleagues	3,69	3,87	4,07	4,14
2	Positive relations with superiors	3,06	3,70	3,81	4,02
3	Fatigues after a working day	3,06	2,80	3,02	3,10
4	Health	3,13	3,57	3,61	3,87

Notes: 1) stages of professional development: PA - professional adaptation; PP - primary professionalism; SP - secondary professionalism; PM - professional mastery;

2) differences for the factors 1, 2 and 4 from the stage of professional adaptation to the stage of professional mastery are statistically significant ($p \leq 0,05 - 0,01$).

Table 2.

**Scales of Maslach Burnout Inventory (MBI) for sociology specialists at
different professional stages**

#	Components of professional burnout and deformation	Stages of professional development			
		PA	PP	SP	PM
1	Emotional exhaustion	34,0	27,3	24,3	18,3
2	Depersonalization	17,3	12,9	11,2	9,5
3	Reduction of personal accomplishment	25,0	18,7	14,7	9,8
4	Total	76,3	58,9	50,2	37,6

Notes: 1) The stages of professional development according to the table. 1;

2) The differences for all scales from the stage of professional adaptation to the stage of professional mastery are statistically significant ($p \leq 0,01$).

The obtained results show that the values of the factors favourable for specialists' professional development (self-esteemed positive relations with colleagues and superiors, as well as health) gradually and reliably increase from one stage to another, and the values of the negative factors do not change (fatigue after a working day) or decreases significantly (all four scales of Maslach Burnout Inventory (MBI)). At the same time, all of these factors remain quite stable in all age groups of the studied specialists.

In this case, only health is the first-hand factor of successful professional formation; the specialists with better health, of course, have more prerequisites for higher professional achievements. Other factors are indirect. Thus, good relations with colleagues and superiors, on the one hand, are conditioned by the positive psychological climate in a team, and on the other hand, by the good communicative qualities of specialists and their professionalism. Similarly, professional burnout and deformation can be prevented, on the one hand, by the rational organization of professional work at a certain organization and good psychological support of this

work, and on the other, by a set of a specialist's personal qualities giving resistance to professional burnout and deformation.

Correlations of indicators of professional orientation and competence of sociology specialists and factors influencing successful professional formation

First, we will analyze the correlations between the indicators of professional orientation and competence of sociology specialists obtained in our study (Table 3).

Table 3.

Correlations of the indicators of professional orientation and competence of sociology specialists

#	Indicators	1	2
1	Professional self-efficacy	1,0	0,60
2	Stage of professional development	0,60	1,0
3	Satisfaction with one's own profession and work	0,40	0,52
4	Interest in professional work	0,34	0,27
5	Satisfaction with work content	0,35	0,41
6	Satisfaction with salary	0,21	0,22
7	Satisfaction with career	0,35	0,40
8	Satisfaction with social status	0,26	0,34
9	Love for one's own profession	0,27	0,36
10	Efforts to increase professional level	0,38	0,41

Notes: 1) Indicator 1 is obtained from the self-efficacy scale of R. Schwarzer and M. Jerusalem, 2 is based on the first 12 questions of our questionnaire, 3 is obtained from "Study of satisfaction with one's own profession and work" test of E. Ilyin, 4 - 10 are based on questions 13 - 19 of our questionnaire;

2) All the correlation coefficients given in the table are reliable ($p \leq 0,01$).

The first thing to note, all the obtained indicators of professional orientation and competence are sufficiently strongly related ($r = 0,21 - 0,52$; $p \leq 0,01$). According

to the absolute values of the correlation coefficients, the two indicators of professional competence, professional self-efficacy and a stage of professional development ($r = 0,6$), are the most strongly related ones. By the way, such high correlation of the generalized indicator of our questionnaire with the diagnostic indicator of the well-known psychodiagnostic technique is also confirmation of its validity ($r = 0,21 - 0,52$; $p \leq 0,01$).

All indicators of professional orientation are also quite closely interconnected ($r = 0,26 - 0,57$; $p \leq 0,01$). Table 4 show clearly this. As for *orientation* of these correlations, in our opinion, their main type is *mutual influence*. For example, on the one hand, the interest in professional work, the love for one's own profession, and efforts to increase a specialist's own professional level contribute to professional self-efficacy of the specialist, and on the other, professional self-efficacy ensures increase in all shown in the table indicators of professional orientation.

Table 4.

Correlations of indicators of professional competence of sociology specialists and factors influencing successful professional formation

#	Indicators	1	2
1	Professional self-efficacy	1,0	0,60
2	Stage of professional development	0,60	1,0
3	Communicative abilities	0,35	0,36
4	Organizational abilities	0,36	0,35
5	Emotional exhaustion	-0,51	-0,45
6	Depersonalization	-0,40	-0,35
7	Reduction of personal accomplishment	-0,28	-0,28
8	Total value of professional burnout and deformation	-0,58	-0,48
9	Positive relations with colleagues	0,27	0,23
10	Positive relations with superiors	0,28	0,24

11	Health	0,29	0,23
----	--------	------	------

Notes: 1) Indicator 1 is obtained from the self-efficacy scale of R. Schwarzer and M. Yerusalem, 2 is based on the first 12 questions of our questionnaire, 3- 4 are obtained from “Communication and organizational skills determination” test (KOS-2), 5- 8 are obtained from Maslach Burnout Inventory (MBI), 9-11 are based on the questions 20, 21, 23 of our questionnaire;

2) All the correlation coefficients given in the table are reliable ($p \leq 0,01$).

From the table, we can see that both indicators of professional competence correlate most strongly and negatively with the total value of professional burnout and deformation ($r = -0,48$ and $-0,58$), as well as with all three components of Maslach Burnout Inventory (MBI) ($r = -0,26 - -0,51$).

The most pronounced *positive* factors of professional competence of sociology specialists are communicative and organizational abilities, which are professional qualities important for this type profession. Also, the indicators of professional competence correlate positively with self-esteem positive relations with colleagues and superiors, as well as health ($r = 0.23 - 0.29$).

Concerning the *orientation* of these relations, in our opinion, communicative and organizational abilities and health have *mainly one-way influence* (positive) to the professional competence of sociology professionals.

The combination of a *one-way* (negative) influence on specialists’ professional competence with *the third factor influence*, we believe, takes place at studying all scales of Maslach Burnout Inventory (MBI). Thus, insufficient professional self-efficacy and emergence of negative personal changes as a result of professional work may be caused by the mismatch of a specialist’s personal traits and requirements to his/her work in a “person-person” profession. And vice versa, the combination of a *one-way* (positive) influence on specialists’ professional competence with *the third factor influence* takes place, obviously, in the case of positive relations with

colleagues and superiors; here, certain personal qualities (such as communicative and organizational abilities, etc.) predetermine higher professional efficiency of a specialist and his/her good relationships at work. Table 5 shows correlations of the factors influencing successful professional development of specialists with the four main (out of seven used in the research) indicators of professional orientation.

Table 5.

Correlations of the indicators of professional orientation of sociology professionals and the factors influencing successful professional formation

#	Indicators	1	2	3	4
1	Satisfaction with one's own profession and work	1,0	0,31	0,37	0,26
2	Interest in professional work	0,31	1,0	0,57	0,36
3	Love for one's own profession	0,37	0,57	1,0	0,38
4	Efforts to increase professional level	0,26	0,36	0,38	1,0
5	Communicative abilities	0,28	0,23	0,25	0,32
6	Organizational abilities	0,31	0,21	0,09*	0,21
7	Emotional exhaustion	-0,56	-0,41	-0,47	-0,42
8	Depersonalization	-0,49	-0,35	-0,40	-0,34
9	Reduction of personal accomplishment	-0,40	-0,31	-0,35	-0,31
10	Total value of professional burnout and deformation	-0,43	-0,40	-0,41	-0,43
11	Positive relations with colleagues	0,32	0,20	0,22	0,21
12	Positive relations with superiors	0,38	0,23	0,28	0,23
13	Health	0,28	0,15	0,13	0,10*

Notes: 1) Indicator 1 is obtained from "Study of satisfaction with profession and work" test of E.Ilyin, 2-4 are based on the questions 13, 18 and 19 of our questionnaire, 5-6 are obtained from "Communication and organizational skills

determination” test (KOS-2), 7 - 10 are obtained from Maslach Burnout Inventory (MBI), 11 - 14 are based on the questions 20 of our questionnaire;

2) * - $p \leq 0,05$; others – $p \leq 0,01$.

It should be noted that, as in the case of professional competence, the indicators of professional orientation have the strongest (negative) correlations with the four Maslach Burnout Inventory (MBI) scales ($r = -0.31$ and -0.56). And, as in the first case, the correlation between these two groups of indicators is, in our opinion, the combination of *one-way* (negative) influence of specialists’ professional burnout and deformation on the professional orientation with the third factor influence (inadequacy of a specialist’s personal qualities with professional requirements). Other correlations between the indicators of professional orientation and the factors influencing a specialist’s successful professional formation, by their force and character, are also similar to the analyzed above correlations of professional competence.

Conclusions and perspectives of further research. The obtained results show that values of the factors favourable for a specialist’s professional development (positive relations with colleagues and superiors, as well as health) gradually and reliably increase at sociology specialists from one stage of their professional development to another, and values of the negative factors do not vary (fatigues in a working day), or decrease significantly (all four scales of Maslach Burnout Inventory (MBI)). At the same time, as for the age aspect, all discussed factors remain rather stable. This clearly confirms that the transition to higher stages of professional development is related to a specialist’s age only indirectly, but these factors are directly related with a real increase of professional skills.

Indirectly, this conclusion is also confirmed by the research results presented by Lopes Cardozo et. al. (2012) and showed that a higher level of job motivation of sociology specialists prevents appearance of professional burnout, as well as by the

work of Karyagina et. al. (2017), recorded a reduction of professional burnout of sociology specialists with increase of professional empathy.

Therefore, it is quite logical that the indicators of professional orientation and competence of specialists in sociology professions have the strongest (negative) correlations with the scales of Maslach Burnout Inventory (MBI). That is, it has been confirmed that manifestations of professional burnout and deformation are the unfavourable factors for the professional formation of sociology specialists.

All indicators of professional orientation and competence correlate significantly ($p \leq 0.01$), and the main type of relations between them is mutual influence. For example, on the one hand, the interest in professional work, the love for their profession, and the efforts to raise their own professional level promote the specialists' professional self-efficacy, and, on the other hand, increased professional self-efficacy increase the indicators of professional orientation. This result is in line with the research results determined close mutual influence of such components of sociology professions as: professional adaptation (Breus, 2014), professional maturity (Čujko, 2015) and professional social intelligence (Kaplunenko, 2016).

Positive reliable correlations have been recorded for communicative and organizational abilities, as well as health and positive relations with colleagues and superiors. These factors can be considered as positive ones.

The obtained results can be the basis for the introduction of a system of measures aimed at promoting the effective professional and personal development of specialists in sociology professions.

Список використаних джерел

1. Bellingrath, S., Weigl, T., & Kudielka, B. (2009). Chronic work stress and exhaustion is associated with higher allostatic load in female school teachers. *Stress*, 12 (1), 37-48.

2. Berezan, V. (2018). The emergence and development of socio-economic professions in the international educational space. *Social work and education*, 5(1), 47-56. DOI:10.25128/2520-6230.18.1.5.
3. Breus, Y. (2014). The problem of emotional readiness for professional socio-economic activity. *Technologies of intellect development*, 1(7), URL: http://www.psytir.org.ua/index.php/technology_intellect_develop/article/view/127
4. Čujko, E.(2015) Opredelenie urovnâ ličnostnoj zrelosti u specialistov socionomičeskijh professij.*Humanities and social sciences*, 22(4), 63-72. DOI:10.7862/rz.2015.hss.47.
5. Darling-Hammond L. (2010). Teacher education and the American future. *Journal of teacher education*, 61(1-2) 35–47. DOI: 10.1177/0022487109348024.
6. Dubchak, G.M (2016). Empirical study of stress resistance features in future specialists of socio-economic professions. *Technologies of intellect development*, 1(12), URL:http://www.psytir.org.ua/index.php/technology_intellect_develop/article/view/214
7. Goyal, S., & Goel, R. (2009). Stress level among teachers of public and private sector institutions: an empirical investigation. *International journal of Indian culture and business management*, 2(4), 454-467.
8. Jimmieson, N. L., Hannam, R. L., & Yeo, G. B. (2010). Teacher organizational citizenship behaviors and job efficacy: Implications for student quality of school life. *British journal of psychology*, 101(3), 453-479
9. Johnson, K., Idzerda, L., Baras, R., Camburn, J., Hein, K., Walker, P., & Burkle, F. (2013). Competency-based standardized training for humanitarian providers: Making humanitarian assistance a professional discipline. *Disaster medicine and public health preparedness*, 7, 369-372. DOI:10.1017/dmp.2013.10.
10. Kalaur, S. (2016). The system of professional training of future specialists in social sphere to conflict resolution. *Social work and education*, 3(2), 50-55.

11. Karyagina, T.D., Kukhtova, N.V., Olifirovich, N.I., & Shermazanyan, L.G. (2017) Professionalization of empathy and predictors of helping professionals' burnout. *Counseling psychology and psychotherapy*, 25(2), 39–58. DOI:10.17759/cpp.2017250203.
12. Kaplunenko, Y. (2016). Personality prerequisites for social intelligence development among socioeconomic professionals. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*, 1(13), 230-244.
13. Kokun, O. (2012). Professional orientation and competence of future professionals with a “person-person” occupational type. *Social welfare. Interdisciplinary approach*, 2(2), 36-47.
14. Kokun, O.M., & Karpoukhina, A.M. (2016). Specifics of becoming a professional bank manager. In. D. Kaber & G. Boy (Ed.), *Advances in cognitive ergonomics* (pp.693-706). Boca Raton: CRC Press,.
15. Korniyaka, O. (2018). The communicative determinants of professional self-fulfilment of university lecturers. *Psycholinguistics*, 23(1), 139-159. DOI:10.5281/zenodo.1211179
16. Kovacs, G., Tatham, P., & Larson, P.D. (2012). What skills are needed to be a humanitarian logistician? *Journal of business logistics*, 33(3), 245–258.
17. Lopes Cardozo, B., Gotway Crawford, C., Eriksson, C., Zhu, J., Sabin, M., Foy, D., Snider, L., Scholte, W., Ollf, M., Rijnen, B. & Simon, W. (2012). Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: a longitudinal study. *PLoS ONE* 7(9), e44948. DOI:10.1371/journal.pone.0044948.
18. MacBeath, J. (2012). *Future of teaching profession*. Cambridge: Leadership for Learning, the Cambridge Network.

19. Pichurin, V. (2015). Coping strategies and psychological readiness of students for professional work. *Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports*, 19(2), 58-64. DOI:10.15561/18189172.2015.0209.

20. Walker P, Hein K, Russ C, Bertleff G, & Caspersz D. (2010). A blueprint for professionalizing humanitarian assistance. *Health affairs*, 29(12), 2223-2230

References

1. Bellingrath, S., Weigl, T., & Kudielka, B. (2009). Chronic work stress and exhaustion is associated with higher allostatic load in female school teachers. *Stress*, 12 (1), 37-48.

2. Berezan, V. (2018). The emergence and development of socio-economic professions in the international educational space. *Social work and education*, 5(1), 47-56. DOI:10.25128/2520-6230.18.1.5.

3. Breus, Y. (2014). The problem of emotional readiness for professional socio-economic activity. *Technologies of intellect development*, 1(7), URL: http://www.psytir.org.ua/index.php/technology_intellect_develop/article/view/127

4. Čujko, E.(2015) Opredelenie urovnâ ličnostnoj zrelosti u specialistov socionomičeskijh professij. *Humanities and social sciences*, 22(4), 63-72. DOI:10.7862/rz.2015.hss.47.

5. Darling-Hammond L. (2010). Teacher education and the American future. *Journal of teacher education*, 61(1-2) 35–47. DOI: 10.1177/0022487109348024.

6. Dubchak, G.M (2016). Empirical study of stress resistance features in future specialists of socio-economic professions. *Technologies of intellect development*, 1(12), URL:http://www.psytir.org.ua/index.php/technology_intellect_develop/article/view/214

7. Goyal, S., & Goel, R. (2009). Stress level among teachers of public and private sector institutions: an empirical investigation. *International journal of Indian culture and business management*, 2(4), 454-467.

8. Jimmieson, N. L., Hannam, R. L., & Yeo, G. B. (2010). Teacher organizational citizenship behaviors and job efficacy: Implications for student quality of school life. *British journal of psychology*, *101*(3), 453-479
9. Johnson, K., Idzerda, L., Baras, R., Camburn, J., Hein, K., Walker, P., & Burkle, F. (2013). Competency-based standardized training for humanitarian providers: Making humanitarian assistance a professional discipline. *Disaster medicine and public health preparedness*, *7*, 369-372. DOI:10.1017/dmp.2013.10.
10. Kalaur, S. (2016). The system of professional training of future specialists in social sphere to conflict resolution. *Social work and education*, *3*(2), 50-55.
11. Karyagina, T.D., Kukhtova, N.V., Olifirovich, N.I., & Shermazanyan, L.G. (2017) Professionalization of empathy and predictors of helping professionals' burnout. *Counseling psychology and psychotherapy*, *25*(2), 39–58. DOI:10.17759/cpp.2017250203.
12. Kaplunenko, Y. (2016). Personality prerequisites for social intelligence development among socioeconomic professionals. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*, *1*(13), 230-244.
13. Kokun, O. (2012). Professional orientation and competence of future professionals with a “person-person” occupational type. *Social welfare. Interdisciplinary approach*, *2*(2), 36-47.
14. Kokun, O.M., & Karpoukhina, A.M. (2016). Specifics of becoming a professional bank manager. In D. Kaber & G. Boy (Ed.), *Advances in cognitive ergonomics* (pp.693-706). Boca Raton: CRC Press,.
15. Korniyaka, O. (2018). The communicative determinants of professional self-fulfilment of university lecturers. *Psycholinguistics*, *23*(1), 139-159. DOI:10.5281/zenodo.1211179
16. Kovacs, G., Tatham, P., & Larson, P.D. (2012). What skills are needed to be a humanitarian logistician? *Journal of business logistics*, *33*(3), 245–258.

17. Lopes Cardozo, B., Gotway Crawford, C., Eriksson, C., Zhu, J., Sabin, M., Foy, D., Snider, L., Scholte, W., Ollf, M., Rijnen, B. & Simon, W. (2012). Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: a longitudinal study. *PLoS ONE* 7(9), e44948. DOI:10.1371/journal.pone.0044948.
18. MacBeath, J. (2012). *Future of teaching profession*. Cambridge: Leadership for Learning, the Cambridge Network.
19. Pichurin, V. (2015). Coping strategies and psychological readiness of students for professional work. *Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports*, 19(2), 58-64. DOI:10.15561/18189172.2015.0209.
20. Walker P, Hein K, Russ C, Bertleff G, & Caspersz D. (2010). A blueprint for professionalizing humanitarian assistance. *Health affairs*, 29(12), 2223-2230

УДК 159.942+159.98:612.6:618+171:173:176

Лебедева Анастасия Сергеевна, магістрант кафедри психології ЧАО «ВУЗ «Межрегіональна Академія управління персоналом», 02000, ул. Фрометовская, 2, г. Киев, Украина; nastiabenido0902@gmail.com; +38(066) 079-59-92

ORCID ID 0000-0001-5214-5525

Коляденко Нина Владимировна, доктор медичинських наук, доцент, завідувача кафедрою загальномедичинських дисциплін і психосоматики ЧАО «ВУЗ «Межрегіональна Академія управління персоналом», 02000, ул. Фрометовская, 2, г. Киев, Украина; nina-k@ukr.net; +38(067)756-72-57

ORCID ID 0000-0003-2099-0163

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ВОСПРИЯТИЯ ЖЕНЩИНОЙ СВОЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Анотація

Лебедева А. С., магістрант кафедри психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; **Коляденко Н. В.**, доктор медичинських наук, доцент, завідувач кафедри загальномедичинських дисциплін і психосоматики ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; м. Київ, Україна. **Внутрішня картина сприйняття жінкою своєї вагітності.**

Ключові слова: внутрішня картина вагітності.

Постановка проблеми. Перебіг вагітності і її результат багато в чому залежать від того, як жінка сприймає і саму вагітність, і себе - свої зовнішні та внутрішні зміни - в цьому стані. Сучасна жінка в процесі реалізації своєї соціальної ролі, планування сім'ї та дітонародження, все частіше стикається з

різноманітними соціальними, психологічними, і біологічними проблемами. У той же час, ці проблеми залишаються недостатньо розробленими в науковій літературі, що й обумовлює актуальність нашого дослідження.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Тема внутрішньої картини сприйняття жінкою своєї вагітності дуже важлива. Ставлення матері до майбутньої дитини впливає на його фізичний і психологічний розвиток, формування почуттів прихильності, любові, ніжності, на подальше життя як дитини, так і матері, їх взаємовідносини. Безліч негативних чинників, з якими стикається вагітна жінка, можна розділити на дві основні групи: 1) соціально-психологічні; 2) біологічні.

Формулювання мети статті. Мета роботи - проаналізувати, з якими психологічними проблемами стикається жінка «в положенні». Завдання: на основі аналізу джерел наукової літератури, інтернет-форумів і проведення психодіагностичних досліджень, виявити проблематику питань, які виникають у жінок «в положенні», а також особливості їх внутрішньої картини сприйняття своєї вагітності.

Виклад основного матеріалу. Методи дослідження: контент-аналіз наукової літератури, інтернет-джерел, аналітичний метод, психодіагностичний метод (опитування, анкетування). Нами була розроблена спеціальна анкета, за допомогою якої досліджено 56 жінок репродуктивного віку. В результаті, понад 80% з них зізналися, що відчували страх перед пологами, боялися наступу цього періоду. При цьому, у 23 (41,1%) з них були труднощі в сім'ї в зв'язку з ситуацією вагітності. 36 (64,3%) опитаних жінок не оголошували про свою вагітність через страх, що скажуть рідні, і не знаючи, як же піднести цю новину іншим. Половина з досліджуваних жінок - 28 (50,0%) - говорили, що був страх щодо роботи, подальшого розвитку кар'єри, а також, що зміняться відносини з друзями.

Висновки і перспективи подальших досліджень. При достатній кількості наукових публікацій, тема психологічних проблем, пов'язаних із вагітністю та пологами, залишається недостатньо вивченою та є перспективною для подальших досліджень в цьому напрямку. Внутрішня картина сприйняття жінкою своєї вагітності пов'язана з безліччю міфів і породжуваних їх страхів, що вимагає відповідного медико-психологічного супроводу і підтримки вагітної жінки та її сімейного оточення протягом всієї вагітності, в до- і післяпологовий період. Консультації у психолога з підготовки до пологів, психологічний супровід вагітності, пологів та післяпологового періоду згодом позитивно позначиться на психологічному стані жінки, її ставлення до новонародженої дитини і подальшому плануванні сім'ї.

Аннотация

Лебедева А. С., магістрант кафедри психології ЧАО «ВУЗ «МАУП»;
Коляденко Н. В., доктор медичинських наук, доцент, завідувача кафедрою
общемедицинських дисциплін і психосоматики ЧАО «ВУЗ «МАУП»; г. Київ,
Україна. **Внутренняя картина восприятия женщиной своей беременности.**

Ключевые слова: внутренняя картина беременности.

Постановка проблемы. Протекание беременности и ее результат во многом зависят от того, как женщина воспринимает и саму беременность, и себя – свои внешние и внутренние изменения – в этом состоянии. Современная женщина в процессе реализации своей социальной роли, планирования семьи и деторождения, все чаще сталкивается с разнообразными социальными, психологическими, и биологическими проблемами. В то же время, эти проблемы остаются недостаточно разработанными в научной литературе, что и обуславливает актуальность нашего исследования.

Анализ последних исследований и публикаций. Тема внутренней картины восприятия женщиной своей беременности очень важна. Отношение матери к будущему ребенку влияет на его физическое и психологическое развитие, формирование чувства привязанности, любви, нежности, на последующую жизнь и его, и матери, их взаимоотношения.

Множество негативных факторов, с которыми сталкивается беременная женщина, можно разделить на две основные группы: 1) социально-психологические; 2) биологические.

Формулирование цели статьи. Цель работы - проанализировать, с какими психологическими проблемами сталкивается женщина «в положении». Задачи: на основе анализа источников научной литературы, интернет-форумов и проведения психодиагностических исследований, выявить проблематику вопросов, которые возникают у женщин «в положении», а также особенности их внутренней картины восприятия своей беременности.

Изложение основного материала. Методы исследования: контент-анализ научной литературы, интернет-источников, аналитический метод, психодиагностический метод (опрос, анкетирование). Нами была разработана специальная анкета, с помощью которой исследовано 56 женщин репродуктивного возраста. В результате, более 80% из них признались, что испытывали страх перед родами, боялись наступления этого периода. При этом, у 23 (41,1%) из них были трудности в семье в связи с ситуацией беременности. 36 (64,3%) опрошенных женщин не объявляли о своей беременности из-за страха, что скажут родные, и не зная, как же преподнести эту новость остальным. Половина из исследуемых женщин - 28 (50,0%) - говорили, что, был страх насчет работы, дальнейшего развития карьеры, а так же что изменятся отношения с друзьями.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. При достаточном количестве научных публикаций, тема психологических проблем, связанных с беременностью и родами, остается недостаточно изученной и является перспективной для дальнейших исследований в этом направлении. Внутренняя картина восприятия женщиной своей беременности связана с множеством мифов и порождающих их страхов, что требует соответствующего медико-психологического сопровождения и поддержки беременной женщины и семейного окружения на всем протяжении беременности, в до- и послеродовой период. Консультации у психолога по подготовке к родам, психологическое сопровождение беременности, родов и послеродового периода впоследствии позитивно отразится на психологическом состоянии женщины, ее отношении к новорожденному ребенку и дальнейшем планировании семьи.

Annotation

Lebedeva A. S., undergraduate, Department of Psychology, The Private Joint-Stock Company Higher Educational Institution Interregional Academy of Personnel Management; Kyiv, Ukraine; **Koliadenko N.V.**, PhD, MD, Associate Professor, Head of the Department of General Medical Disciplines and Psychosomatics, The Private Joint-Stock Company Higher Educational Institution Interregional Academy of Personnel Management; Kyiv, Ukraine. **The Internal Picture of a Woman's Perception of Her Pregnancy.**

Key words: internal picture of pregnancy.

Formulation of the problem. The course of pregnancy and its result largely depend on how the woman perceives the pregnancy itself and itself - its external and internal changes - in this state. The modern woman in the process of fulfilling her social role, family planning and childbearing, is increasingly faced with a variety of social, psychological, and biological problems. At the same time, these problems

remain insufficiently developed in the scientific literature, which determines the relevance of our study.

Analysis of recent research and publications. The theme of the woman's internal picture of her pregnancy is very important. The attitude of the mother to the unborn child affects his physical and psychological development, the formation of feelings of affection, love, tenderness, the subsequent life of both him and the mother, their relationship. The many negative factors that a pregnant woman faces can be divided into two main groups: 1) socio-psychological; 2) biological.

Formulating the purpose of the article. Purpose of work: to analyze what psychological problems a woman faces "in position". Tasks: on the basis of the analysis of sources of scientific literature, Internet forums and psychodiagnostic research, to identify the issues that women have "in position", as well as the features of their internal picture of their pregnancy.

The presentation of the main material. Research methods: content analysis of scientific literature, Internet sources, analytical method, psychodiagnostic method (survey, questionnaire). We have developed a special questionnaire, with the help of which 56 women of reproductive age were examined. As a result, more than 80% of them admitted that they felt fear of childbirth, were afraid of the onset of this period. At the same time, 23 (41.1%) of them had difficulties in the family due to the pregnancy situation. 36 (64.3%) of the women surveyed did not announce their pregnancy because of fear of what their relatives would say, and not knowing how to present this news to others. Half of the women studied - 28 (50.0%) - said that there was fear about work, further career development, and also that relations with friends would change.

Conclusions and prospects for further research. With a sufficient number of scientific publications, the topic of psychological problems associated with pregnancy and childbirth remains insufficiently studied and is promising for further research in

this direction. The internal picture of a woman's perception of her pregnancy is associated with many myths and fears that generate them, which requires appropriate medical and psychological support and support for a pregnant woman and family environment throughout pregnancy, in the pre- and postpartum period. Consultations with a psychologist on preparation for childbirth, psychological support for pregnancy, childbirth and the postpartum period will subsequently positively affect the psychological state of the woman, her attitude to the newborn child and further family planning.

Ключевые слова: внутренняя картина беременности.

Постановка проблемы. Вопросам внутренней картины болезни посвящено много исследований, публикаций как в научной, так и в учебной литературе [14; 20]. Беременность – это физиологическое состояние женщины, поэтому говорить о внутренней картине болезни в данном случае не представляется правомочным. Однако протекание беременности и ее результат во многом зависят от того, как женщина воспринимает и саму беременность, и себя – свои внешние и внутренние изменения – в этом состоянии. Поэтому, по аналогии с внутренней картиной болезни, нам представляется возможным говорить о «внутренней картине беременности»,-термин был введен Е. Б. Айвазян [3; 4]. Современная женщина в процессе реализации своей социальной роли, планирования семьи и деторождения, все чаще сталкивается с разнообразными социальными, психологическими, и биологическими проблемами [2]. В то же время, эти проблемы остаются недостаточно разработанными в научной литературе, что и обуславливает актуальность нашего исследования.

Анализ последних исследований и публикаций. Тема внутренней картины восприятия женщиной своей беременности очень важна, ведь отношение матери к будущему ребенку (желанный или нет; любит его (ребенка), или нет; хотела делать аборт, или нет и т.д. и т.п.) влияет на его физические и психологическое развитие, формирование чувств привязанности, любви, нежности, на последующую жизнь и его, и матери, их взаимоотношения [15].

Существуют болезни, которые человек может получить еще до рождения, при этом физические и психологические факторы тесно взаимосвязаны. Психоаналитик Отто Ранк (Otto Rank), ученик и коллега Зигмунда Фрейда (Sigmund Freud), утверждал, что если устранить последствия родовой травмы, то пациента можно вылечить от невроза [21]. Несмотря на то, что за столь новаторские мысли коллеги исключили его из Венского психоаналитического сообщества, в дальнейшем пренатальная психология стала привлекать внимание все большего числа исследователей. Дошло до того, что в 1980-х годах психологи стали использовать психоделики для исследования памяти плода и в результате в один и тот же период три психиатра (Stanislav Grof, Athanassios Kafkalides, Frank Lake) опубликовали свои исследования [21]. Некоторые пункты из них обсуждаются, исследуются и используются по сей день, в частности:

- неродившийся ребенок может получить до рождения позитивную информацию, которая будет способствовать расцвету задатков, заложенных в генах,- но может быть и наоборот, негативная информация затормозит их проявление;
- можно проработать травмы, полученные до рождения, о которых мы даже не догадываемся, и это ключ для решения многих психических проблем;

- тяжелое эмоциональное состояние матери во время беременности порождает трудности в дальнейшей жизни ребенка.

Проанализировав ряд источников научной литературы по данной проблеме [1-24], мы определили, что существует множество негативных факторов, с которыми сталкивается беременная женщина. Эти факторы можно разделить на две основные группы: 1) социально- психологические; 2) биологические.

К социально-психологическим факторам относится то, как воспринимают новость о беременности родители, родственники, друзья, знакомые и, конечно же, отец ребенка [5; 7]. Существует много интернет-форумов, где дают советы о том, как правильно преподнести эту новость окружающим [6; 12; 13]. Не всегда новость об ожидающемся пополнении в семье вызывает радостное «ожидание нового чуда». Иногда это воспринимается крайне негативно, и такая реакция близких отражается на самой женщине, становясь для нее невыносимой психологической пыткой [7]. Порой это приводит к тому, что женщину принуждают к совершению аборта: ультиматумами («я или ребенок»), угрозами (например: «я уйду от тебя, если не сделаешь аборт»), или говорят о том, что это «сломает ей жизнь», «зачем он тебе нужен», «а что подумают окружающие» и еще очень много подобных фраз [6; 21]. Девушка оказывается под гнетом негативизма и прессинга [5; 6; 16; 21].

Боязнь объявить окружающим о ситуации беременности, таким образом, является первой проблемой. Вот один из вопросов на интернет-форуме, отражающий страхи таких женщин [21]: «Мне вот что интересно: когда стоит сообщать о своей беременности своим родственникам или друзьям? Или пусть сами заметят... А если обидятся? Особенно родственники... Но если узнают, то просто замучают советами из благих побуждений. И что делать...». Как же устоять и не поддаться влиянию окружающих, как справиться с этим?

Вторая социальная проблема заключается в том, что во время беременности женщина сталкивается с множеством советов типа «я знаю лучше», «тебе нельзя», «делай как тебе говорят» и т.п. Таких советчиков предостаточно на жизненном пути, и каждый хочет высказать свои советы «как правильно», и что бы ни делала женщина - все для них «не так». Если в первые месяцы беременности будущую мать опекают и «кормят советами» только близкие, то чем заметнее становится живот, тем больше «слетается» на него «доброжелателей», причем особенно ярые советчики - это те женщины, которые прошли этот путь и поэтому уверены, что у них достаточно опыта, чтобы указывать будущей маме [21]. Каждый старается рассказать, как правильно, и в результате на этой почве возникает множество мифов, в которых очень легко запутаться.

Третья социально-психологическая проблема, с которой сталкивается будущая мама,- это страх, как она будет дальше лично развиваться, строить карьеру, приспособливаться в социуме, ведь как прежде уже не будет и надо адаптироваться под новые условия. Здесь появляются страхи: «как же я буду дальше работать, гулять с друзьями», «изменится ли круг общения», или на прежних жизненных планах уже можно «поставить крест» [21].

Четвертая психосоциальная проблема - боязнь родов. Это очень распространённый страх у девушек, порой он перерастает в фобию, такую как токофобия, или малевзиофобия, которая определяется как специфическая фобия – патологическая боязнь родов, связанная с боязнью боли (апгофобией) или реже – со страхом возникновения бытовых или других сложностей [11; 23]. Также существует еще один вид фобии, такой как гравидофобия – навязчивый страх встречи с беременной; боязнь забеременеть. Она может возникать в результате пережитых стрессов: рождение мертвого ребенка, смерть роженицы, социальные проблемы, страх родить больного ребенка [10].

К пятой социальной проблеме относится нововведение, которое активно обсуждается в последнее время а законодательном уровне и вокруг которого ведется бурная дискуссия и в социуме, и на уровне общественных организаций: «отмена запрета на увольнение беременных женщин и родителей в период декретного отпуска» [18], что, в свою очередь, еще более усложняет социальную сторону женщин «в положении».

Теперь перейдем к биологическому фактору. Естественно, что в процессе внутриутробного развития ребенка женщина меняется, изменяется ее внешность и другие параметры [7; 21], в том числе:

- повышается масса тела, т.к. большое значение имеет действие прогестерона на развитие жировой ткани беременной женщины. Запасание питательных веществ в жировой ткани во время беременности необходимо для обеспечения питания плода и образования молока в послеродовом периоде. В идеале женщина должна за беременность набрать не более 10-12 кг, тогда проще восстановить вес после беременности. Поэтому важно уделять внимание питанию, режиму труда и отдыха. С первых дней и до 10-й недели развитие беременности поддерживается за счет гормонов, секретируемых яичниками. Далее синтез гормонов осуществляется плацентой. Основным гормоном плаценты является эстриол, который играет важную роль в процессах роста и развития матки при беременности. Этот гормон стимулирует развитие кровеносных сосудов и улучшает снабжение плода кислородом и питательными веществами [24];

- повышается сонливость, раздражительность, усталость, как следствие работы защитных механизмов центральной нервной системы, направленных на предотвращение переутомления беременной. Эти симптомы могут быть вызваны определенным уровнем гормона прогестерона, который и сохраняет

беременную от переутомления, готовит железы к лактации, расслабляет мышцы матки и кишечника, тормозит нервную систему от перевозбуждения;

- усиливается обмен веществ - при этом, соответственно, увеличивается потребление организмом питательных веществ, витаминов, растет концентрация глюкозы в крови и соответствующая выработка инсулина. Поэтому нужно контролировать все эти показатели, чтобы не пропустить патологические состояния;

- пигментация кожи, изменения в чертах лица, - эти симптомы могут быть связаны с выработкой гормонов меланотропина и соматотропина, что также проявляется в увеличении ширины костей, повышении пигментации кожи;

- усиливается кровоток, увеличивается пульс и давление, учащается дыхание, т.к. с развитием беременности усиливается нагрузка на внутренние органы: прежде всего, происходят изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, т. к. появляется необходимость в перекачке большей порции крови, получении большего количества кислорода, необходимого для развития плода. Учащение дыхания связано также с поднятием диафрагмы за счет увеличения матки, что не дает развернуться нормальному дыхательному процессу;

- увеличивается в размерах матка - шейка матки заполняется густой слизью, закупоривающей полость канала шейки матки. Стенки влагалища разрыхляются, кости размягчаются, органы становятся более эластичными и податливыми для родового процесса;

- могут появляться растяжки, - сначала на месте растяжения кожа может быть краснее, а в послеродовом периоде на коже боковых частей живота появляются белые полосы;

- молочные железы становятся более напряженными - увеличиваются в размерах, при надавливании возможно появление молозива;

- притупляются реакции на раздражители. Это происходит за счет того, что на уровне спинного мозга блокируются импульсы, исходящие от чувствительных рецепторов матки, чтобы головной мозг не реагировал на малейший раздражитель отторжением плода, что позволяет сохранить беременность и предупреждает преждевременные роды. Отмечено, что этот механизм срабатывает вплоть до 39 недели беременности [13].

Формулирование цели статьи. Цель работы: проанализировать, с какими психологическими проблемами сталкивается женщина «в положении».

Задачи: на основе анализа источников научной литературы, интернет-форумов и проведения психодиагностических исследований, выявить проблематику вопросов, которые возникают у женщин «в положении», а также особенности их внутренней картины восприятия своей беременности.

Изложение основного материала. Методы исследования: контент-анализ научной литературы, интернет-источников, аналитический метод, психодиагностический метод (опрос, анкетирование).

Нами была разработана специальная анкета, с помощью которой исследовано 56 женщин репродуктивного возраста. В результате, более 80% из них признались, что испытывали страх перед родами, боялись наступления этого периода. При этом, у 23 (41,1%) из них были трудности в семье в связи с ситуацией беременности. 36 (64,3%) опрошенных женщин не объявляли о своей беременности из-за страха, что скажут родные, и не зная, как же преподнести эту новость остальным. Половина из исследуемых женщин - 28 (50,0%) - говорили, что, был страх насчет работы, дальнейшего развития карьеры, а также что изменятся отношения с друзьями.

Запечатление ребенком информации во время нахождения в утробе матери называется пренатальной, или фетальной, памятью. Больше всего на будущее плода воздействует эмоциональный аспект: психологическое

состояние будущей матери влияет на всю дальнейшую жизнь ребенка [1; 19]. Если мать испытывает стресс, уровень кортизола, гормона стресса, повышается в околоплодных водах и оказывает воздействие на развитие ребенка в будущем. Психологи связывают многие состояния взрослого человека с тем, что происходит с матерью и ребенком еще до его рождения. На основании данных научной литературы [1; 2; 8], можно выделить следующие группы расстройств:

- Неврологические расстройства. Депрессия во время беременности встречается, по данным статистики, в 1/10 случаев [12]. Было доказано, что дети, родившиеся у матерей с дородовой депрессией, имели низкую оценку по шкале Апгар, часто им были необходимы реанимационные действия после рождения. Кроме того, чем более выраженной была депрессия у матери, тем менее спокойным был ребенок. Считается, что такое состояние матери может привести к неврологическим проблемам и психическим расстройствам у детей в будущем [3; 5; 17; 19].

- Ожирение и диабет, нарушения питания: по данным ряда исследователей, младенцы, матери которых недоедали во время беременности, впоследствии были более подвержены заболеваниям, связанным с нарушением обмена веществ и пищевым поведением, по сравнению с теми, чем те, у которых дородовой период прошел в благоприятных условиях [16].

- Когнитивные расстройства. Тревожность не менее частое явление у женщин «в положении». Имеются публикации, в которых доказывается, что у детей, матери которых страдали от тревожных расстройств, память хуже, чем у сверстников, им труднее концентрироваться и запоминать информацию [16; 21]. Кроме того, часто наблюдалось нарушение привязанности между матерью и ребенком, особенно у мальчиков [16; 21].

- Сексуальные проблемы. Существует мнение, что если во время беременности мать хотела ребенка другого пола, то в подростковом возрасте

он может бессознательно переживать сложности со своей половой самоидентификацией. С началом же половой жизни возможно появление различных проблем (импотенция, фригидность, гомосексуальность) [16].

- Заниженная самооценка. Нежеланные дети также могут испытывать трудности во взрослой жизни. Они могут быть пессимистичны, обидчивы, с заниженной самооценкой. Такие люди часто жаждут общественного признания, им трудно чувствовать привязанность, нередко их мучают неврозы [16].

- СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности). Сильный стресс также оказывает большое влияние на плод, при этом результат зависит от конкретного срока беременности. Например, если стресс был перенесен в 1-м триместре, когда закладывается нервная система плода, то повышается риск шизофрении. Если же стрессовое событие произошло во 2-м или 3-м триместре, то более вероятна склонность к СДВГ [16].

- Аутизм. Дэвид Беверсдорф (David Beversdorf) долго изучал генетические причины аутизма. Однако позже он исследовал также социально-психологические факторы этого явления и неожиданно обнаружил, что во многих случаях матери испытывали сильнейшие стрессы (смерть близких, потеря работы и т. п.). Больше всего влиянию таких стрессов были подвержены еще не рожденные дети (21–32-я недели беременности и особенно период 25–28-й недель) [16; 19]. Некоторые последствия такого рода, как это ни парадоксально, оказались эволюционно полезными. Например, в мире, полном опасностей, тревожный ребенок был более бдительным, а малыш с быстро переключающимся вниманием (СДВГ) обладал более быстрой моторикой. Но в современном мире некоторые из этих изменений могут создавать проблемы для ребенка и его семьи [19].

Сегодня психосоциальные проблемы, связанные с беременностью, привлекают внимание все большего числа специалистов - психологов, психиатров, психотерапевтов. Появляются тематические форумы в социальных сетях, где обсуждаются вопросы, как быть, если случились проблемы, связанные с психосоциальными аспектами беременности. Эта сторона, волнует женщин больше, чем психофизиологическая, хотя, конечно страхи родов встречаются достаточно часто. Многие врачи сталкиваются с вопросами, насколько сильно будет больно, и страхами, как протекает беременность, нет ли патологий, а если есть, стоит ли рожать такого ребенка?...

«Стоит ли рожать, когда нет денег?...»- это очень частый вопрос. Лидия Геворкян - психолог, кандидат медицинских наук, пишет, отвечая на такие вопросы, приведенные с различными примерами [6]: «Почему кто-то может растить детей без оглядки на деньги, а кто-то - нет? Это вопрос психологического комфорта в первую очередь. С точки зрения здравого смысла, полезно до рождения ребенка отложить определенные средства. Не на учебу в Лондоне, разумеется, а на непредвиденные нужды. Болезнь, увольнение родителей - это не стоит списывать со счетов. Зная, что «страховая подушка» у вас есть (на крайний случай!), вы будете чувствовать себя намного увереннее и спокойнее в повседневной жизни» [6].

«Стоит ли рожать, если уже есть 2-3 детей?...», «Стоит ли рожать в юном возрасте?...» [4; 6; 17]. Как мы можем наблюдать, проблем возникает очень много, гораздо больше, чем описано в этой статье, что делает тему данных исследований актуальной и перспективной для дальнейшего изучения.

Выводы. В связи с вышеизложенным, можно сделать следующие выводы. Прежде всего, при достаточном количестве научных публикаций, тема психологических проблем, связанных с беременностью и родами, остается недостаточно изученной и является перспективной для дальнейших

исследований в этом направлении. Внутренняя картина восприятия женщиной своей беременности связана с множеством мифов и порождающих их страхов, что требует соответствующего медико-психологического сопровождения и поддержки на всем протяжении беременности, в до- и послеродовой период, причем как самой беременной женщины, так и ее семейного окружения. Предлагается проходить будущим мамам консультации у психолога по подготовке к родам, психологическое сопровождение беременности, родов и послеродового периода, для того, чтобы женщина комфортно прошла этот период в своей жизни, нашла решение социальных проблем и легче воспринимала биологические проблемы, что впоследствии позитивно отразится как на ее психологическом состоянии, так и на отношении к новорожденному ребенку и дальнейшем планировании семьи.

Список використаних джерел:

1. Абрамченко В. В. Метод перинатального виховання в акушерській практиці /В.В. Абрамченко, Н.П. Коноваленко // Зб. матер. конф. з перинатальної психології.- С.-Пб, 2000. С.31-32.
2. Абрамченко В. В. Підготовка до безпечного материнства / В. В. Абрамченко, І. А. Шамхалова.- СПб.: ЕЛБІ СПб., 2005. - 204 с.
3. Айвазян Є. Б. Тілесний та емоційний досвід в структурі внутрішньої картини вагітності, ускладненої акушерською та екстрагенітальною патологією / Є. Б. Айвазян, Г. А. Аріна, В. В. Ніколаєва // Вісник МДУ, Сер. 14: Психологія.- 2002.- №3.
4. Айвазян Є. Б. Феномен внутрішньої картини вагітності в контексті культурно-історичного підходу / Є. Б. Айвазян // Матеріали І Міжнар. конфер. З

клінічної психології пам'яті Б. В. Зейгарник: Зб. тез [ред. А. Ш. Тхостов].- М.: Центр ЗМІ МДУ, 2001.- С. 20-21.

5. Анохіна А. А. Психопрофілактична підготовка вагітних до пологів / А.А. Анохіна // Медична Допомога, 1996.- №5.- С. 26-28.

6. Буравчикова Д. Чи треба народжувати жебрацтво? Скільки коштує дитина сьогодні / Дарія Буравчикова // Аргументи і факти: Федеральній АИФ [Електронний ресурс].- режим доступу: <https://aif.ru/health/children/16552>

7. Брутман В. І. Вплив сімейних факторів на формування девіантної поведінки матері / Брутман В. І., Варга А. Я, Хамітова І. Ю. // Психологічний журнал, 2000.- № 2.- С. 79- 87.

8. Васильєва Т. Н. Самопочуття на різних термінах вагітності / Т. Н. Васильєва // Проблеми соціальної гігієни, охорони здоров'я та історії медицини, 1999.- № 1.- С. 20 22.

9. Василюк Ф. Є. Психологія переживання (аналіз подолання критичних ситуацій) / Ф. Є. Василюк.- М.: Вид-во МДУ, 1984.-200 с.

10. Гравідофобія [Електронний ресурс].- режим доступу: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Гравідофобія>

11. Доктор Петровъ. Здоров'я нації // ТОВ «Вид. дім «КарманЪ» : Популярний журнал про медицину, 2012.- № 3 (56).- С. 40.

12. Єльшова Катерина. Депресія під час вагітності: причини та наслідки для дитини / К. Єльшова // First Step: Розумний розвиток малюка до 3-хроків, 28 січня 2018 р. [Електронний ресурс].- режим доступу: <http://ru.firststep.com.ua/article/depressiya-vo-vremya-beremennosti-prichiny-i-posledstviya-dlya-rebenka>

13. Інтерв'ю з лікарем акушером-гінекологом клініки «Добробут» Ксенією Грищук [Електронний ресурс].- режим доступу: <https://tsn.ua/ru/lady/zdorovye/ginekologiya/kak-beremennost-vliyaet-na-zhenskiy-organizm-382563.html>

14. Лурія Р. А. Внутрішня картина хвороби та ятрогенні захворювання / Р. А. Лурія.- М.: «Медицина», 1977.- С. 37-52.
15. Мельников В. А. Вплив фізіопрофілактичної підготовки та індивідуальної підтримки на протікання вагітності, пологів і післяпологового періоду / В. А. Мельников, Л. С. Сухобокова // Зб. наук. праць, присвячених 90-річчю Самарського державного медичного університету і 35-річчю кафедри акушерства і гінекології №2 СамДМУ «Сучасні аспекти вирішення медико-соціальних проблем репродуктивного здоров'я жінок».-Самара,2009.-С.140-142.
16. Нечаєва М. А. Психологічні фактори онтогенезу материнської сфери, внутрішньої картини вагітності та перинатального розвитку / Нечаєва М. А., Рибалова Л. Ф., Штрахова А. В.- Челябинськ: Взд.-во ПУрДУ, 2005.- С. 26-60 с.
17. Ніколаєва, В. В. Внутрішня картина вагітності / В. В. Ніколаєва // Вісник МДУ, 2004.- Сер. 14. Психологія.
18. Новий трудовий кодекс [Електронний ресурс]. – режим доступу: https://zik.ua/ru/news/2019/10/17/noviy_trudovoy_kodeks_kak_mogut_uzmenytsya_uslovyua_truda_ukrayntsev_y_dlya_1670361.
19. Обухова Л. Ф. Дитяча психологія: теорії, факти, проблеми / Обухова Л. Ф.- М.: Трівола, 1995.- Гл. III. Психоаналітичні теорії дитячого розвитку [Електронний ресурс].- режим доступу: <http://psylib.org.ua/books/obuhl01/index.htm>
20. Погранична психіатрія [ред. Ю.А. Александровський]. – М.: РЛС-2006. – 1280 с.
21. Сім проблем зі здоров'ям, які ми отримуємо ще до народження / ADME [Електронний ресурс].- режим доступу: <https://www.adme.ru/svoboda-psihologiya/kak-sostoyanie-zhenschiny-pri-beremennosti-vliyaet-na-zhizn-ee-buduschego-rebenka-2198565/>

22. Сухобокова Л. С. Фізіопсихопрофілактична підготовка до пологів і її вплив на вагітність, пологи та післяпологовий період / Л. С. Сухобокова // Матер. III регіонального наук. форуму «Мати й дитина».- М., 2009.- С. 263-264.

23. Токофобія [Електронний ресурс].- режим доступу: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Токофобия>

24. Естріол [Електронний ресурс].- режим доступу: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Естриол>

References

1. Abramchenko, V. V. Konovalenko, N. P. (2000), "Method of perinatal education in obstetric practice" *Sbornik materialov konferentsii po perinatal'noy psikhologii*, S.-Pb, pp. 31-32, Ru.

2. Abramchenko, V. V. Shamkhalova, L. A. (2005), *Podgotovka k bezopasnomu materinstvu* [Preparing for safe motherhood], ELBI St. Petersburg, S.-Pb, Ru.

3. Ayvazyan, E. B. Arina, G. A. Nikolaev, V. V. (2002), "Body and emotional experience in the structure of the internal picture of pregnancy complicated by obstetric and extragenital pathology", *Vestnik MGU, Ser. 14: Psikhologiya*, vol. 3, Ru.

4. Ayvazyan, E. B. [ed. A. Sh. Tkhostov], (2001), "The phenomenon of the internal picture of pregnancy in the context of a cultural-historical approach", *Materialy Í Mezhdunarodnoy konferentsii po klinicheskoy psikhologii pamyati B. V. Zeygarnik: Sbornik tezisov.*- pp. 20-21, Ru.

5. Anokhina, A. A. (1996), "Psychoprophylactic preparation of pregnant women for childbirth", *Meditinskaya Pomoshch*, vol. 5, pp. 26-28, Ru.

6. Buravchikova, D. "Is poverty necessary? How much a child costs today", *Argumenty i fakty: Federal'nyy AIF*, [Online], available at: <https://aif.ru/health/children/16552>], Ru.

7. Brutman, V. I. Varga, a. Ya. Khamitova, I. Yu. (2000), “Influence of family factors on the formation of deviant behavior of the mother”, *Psikhologicheskiy zhurnal*, vol. 2, pp. 79- 87, Ru.

8. Vasilieva, T. N. (1999), “Health at different stages of pregnancy”, *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*, vol. 1, pp. 20-22, Ru.

9. Vasilyuk, F. E. (1984), *Psikhologiya perezhivaniya (analiz preodoleniya kriticheskikh situatsiy)*, [Psychology of experience (analysis of overcoming critical situations)], Publishing House of Moscow State University, Moscow, Ru.

10. “*Gravidophobia*” [Gravidophobia], [Online], available at: [https://ru.wikipedia.org/wiki/ Gravidophobia](https://ru.wikipedia.org/wiki/Gravidophobia), Ru.

11. Dr. Petrov, (2012), “Health of the Nation”, *ООО “Izdatel'skiy dom “Karman”*: *Populyarnyy zhurnal o meditsine*, vol. 3 (56), pp. 40, Ru.

12. Elshova K. (2018), “Depression during pregnancy: causes and consequences for the baby”, *First Step: Razumnoye razvitiye malysya do 3-kh let*, [Online], available at: [http://ru.firststep.com. ua / article / depressiya-vo-vremya-beremennosti-prichiny-i-posledstviya-dlya-rebenka](http://ru.firststep.com.ua/article/depressiya-vo-vremya-beremennosti-prichiny-i-posledstviya-dlya-rebenka), Ru.

13. Interview with the doctor, obstetrician-gynecologist of the Dobrobut clinic Ksenia Grischuk, [Online], available at: <https://tsn.ua/ru/lady/zdorovye/ginekologiya/kak-beremennost-vliyaet-na-zhenskiy-organizm-382563.html>, Ru.

14. Luria, R. A. (1977), *Vnutrennyaya kartina bolezni i iatrogennyye zabolevaniya* [The internal picture of the disease and iatrogenic diseases], “Medicine”, Moscow, pp. 37-52, Ru.

15. Melnikov, V. A. Sukhobokova, L. S. (2009), “Influence of physioprophylactic preparation and individual support on the course of pregnancy, childbirth and the postpartum period”, *Sb. nauch. trudov, posvyashchenny 90-letiyu Samarskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta i 35-letiyu kafedry akusherstva i*

ginekologii №2 SamGMU «Sovremennyye aspekty resheniya mediko-sotsial'nykh problem reproduktivnogo zdorov'ya zhenshchin, Samara, pp.140-142, Ru.

16. Nechaeva, M. A. Rybalova, L. F. Strakhova, A. V. (2005), *Psikhologicheskiye faktory ontogeneza materinskoy sfery, vnutrenney kartiny beremennosti i perinatal'nogo razvitiya* [Psychological factors of ontogenesis of the maternal sphere, the internal picture of pregnancy and perinatal development], Publishing House of SUSU, Chelyabinsk, pp. 26-60, Ru.

17. Nikolaeva, V. V. (2004), “The internal picture of pregnancy”, *Vestnik MGU, Ser. 14. Psychology*, Ru.

18. The new labor code (2019), [Online], available at: https://zik.ua/en/news/2019/10/17/noviy_trudovoy_kodeks_kak_mogut_yzmenytsya_uslovyia_truda_ukrayntsev_y_dlya_1670361, Ru.

19. Obukhova, L. F. (1995), *Detskaya psikhologiya: teorii, fakty, problemy*, Gl. III. Psikhoanaliticheskiye teorii detskogo razvitiya [Children's psychology: theories, facts, problems, Ch. III. Psychoanalytic theory of child development], Trivola, Moscow, [Online], available at: <http://psylib.org.ua/books/obuhl01/index.htm>, Ru.

20. “*Pogranichnaya psikhiatriya*” [Borderline Psychiatry [Ed. Alexandrovsky Yu.A.], (2006), RLS-2006, Moscow, Ru.

21. “*Sem' problem so zdorov'yem, kotoryye my poluchayem yeshche do rozhdeniya*”, [Seven health problems that we get before birth], [Online], available at: ADME, <https://www.adme.ru/svoboda-psihologiya/kak-sostoyanie-zhenschiny-pri-beremennosti-vliyaet-na-zhizn-ee-buduschego-rebenka-2198565/>, Ru.

22. Sukhobokova, L. S. (2009), “Physiopsychopreventive preparation for childbirth and its effect on pregnancy, childbirth and the postpartum period”, *Materialy III regional'nogo nauchnogo foruma «Mat' i ditya»*, pp. 263 -264, Ru.

23. “*Tokofobiya*” [Tokophobia], [Online], available at: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Tocophobia>, Ru.

24. “*Estriol*” [Estriol], [Online], available at: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Estriol>, Ru.

УДК 159.95+159.98

Максименко Сергій Дмитрович, доктор психологічних наук, професор, академік НАПН України, директор Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 01033, вул. Паньківська, 2, м. Київ, Україна; instpsy@gmail.com; +38(044) 244-19-63.

ORCID ID 0000-0002-3592-4196

ІНФОРМАЦІЙНО-ЕНЕРГЕТИЧНА НУЖДА ЯК ВЛАСТИВІСТЬ ОСОБИСТОСТІ: ДЖЕРЕЛА Й РУШІЙНІ СИЛИ РОЗВИТКУ

Анотація

Максименко С. Д., доктор психологічних наук, професор, академік НАПН України, директор Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, м. Київ, Україна. **Інформаційно-енергетична нужда як властивість особистості: джерела й рушійні сили розвитку.**

Ключові слова: життєва енергія, атрибут, особистість, генетико-моделюючий метод, розвиток.

Постановка проблеми. Сучасна наука не має метода, який був би адекватним щодо наукового дослідження психології особистості як унікальної, неповторної та цілісної системи. Ми вважаємо, що генетико-моделюючий метод відображає ті сутнісні ідеї, які необхідно реалізувати в дослідженні особистості як цілісності, що саморозвивається завдяки дії біосоціальної основи – життєвої енергії, яка «опредметилася» в даній особистості.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Складну суперечливу взаємодію біологічного та соціального є сенс розглядати в двох площинах – як фактори, що діють на особистість, і як фактори, які утворюють особистість та

забезпечують її існування та розвиток «зсередини». Біологічні та соціальні фактори не існують як окремі, кожний із них являє собою інакше буття другого. Принцип єдності біологічного та соціального відкриває реальну сутнісну природу витоків активності особистості.

Формулювання мети статті. Мета – проаналізувати поняття «особистість» і адекватний метод її дослідження – генетико-моделюючий, описати атрибутивні характеристики життєвої енергії людини.

Виклад основного матеріалу. Перший принцип генетико-моделюючого метода – принцип аналізу за одиницями, другий принцип -єдності біологічного та соціального, третій принцип - креативності, четвертий принцип - рефлексивного релятивізму, п'ятий принцип - єдність експериментальної та генетичної ліній розвитку.

Першою атрибутивною змістовою ознакою життєвої енергії (нужди) є її гетерогенність: біологічне й соціальне тут від початку складають суперечливу, але абсолютно нерозривну єдність. Друга атрибутивна змістова характеристика життєвої енергії (нужди) – здатність до розвитку (саморозвитку). Ця характеристика тісно пов'язана з інформаційним аспектом життєвої енергії. Третя атрибутивна ознака життєвої енергії (нужди) полягає в тому, що її розвиток спрямований і являє собою ортогенез. Четверта атрибутивна змістова характеристика життєвої енергії (нужди) – її здатність до породження. Зустріч двох гілок життєвої енергії, втіленої в живих істот різної статі, породжує якісно інформаційно та енергетично нову життєву енергію, яка продовжується в існуванні нової живої істоти. Цей акт – єдине цілісне «опредмечування» життєвої енергії в живій природі. Якщо ж казати про людину, ми зустрічаємося з «іншою» реальністю: життєва енергія людини може створювати і нову людину, і якісно новий продукт (творчість). П'ята атрибутивна характеристика життєвої енергії (нужди) полягає в тому, що вона існує лише в формі втілення

народженої нею живої істоти. Жива істота існує одночасно і як структура, і як втілена в ній життєва енергія. Водночас, життєву енергію ми не можемо пізнати іншим шляхом, крім вивчення живої істоти як її прояву. Шоста атрибутивна характеристика життєвої енергії (нужди) – це її афіліативна природа. Істинною формою існування життєвої енергії є любов, яка протистоїть космічній ентропії та визначає рух усіх живих істот (не лише людей) один до одного. І результатом цього руху буде народження нової людини. Сьома атрибутивна характеристика життєвої енергії (нужди) – нескінченність її існування. Завершеним кінцевим буде існування організму, особистості як носія життєвої енергії. Але завдяки зустрічі й любові життєва енергія продовжує свої існування і стає нескінченною в часі. Нам здається, що аналіз даної атрибутивної властивості дозволить, крім усього іншого, відкрити нові аспекти значення часу в житті.

Висновки і перспективи подальших досліджень. У відповідності зі створеною нами оригінальною теоретичною парадигмою, в основі розвитку особистості знаходиться дія життєвої енергії як генетично вихідної одиниці людського розвитку та існування. Будучи інформаційно-енергетичним потоком, життєва енергія специфічно з'єднує біологічні та соціальні детермінанти людського існування і являє собою початкову рухову силу саморозвитку особистості як окремої людської істоти. Суперечлива діалектична єдність біологічного та соціального, свідомого та несвідомого, що здійснюється в особистості, породжує найважливіші атрибутивні характеристики останньої. Постійна енергетична напруга життєвої енергії створює реальні умови формування самою особистістю реципрокних механізмів, які, базуючись на потужних соціальних впливах, трансформуються в онтогенезі в біологічні (морфологічні) та психічні структури.

Аннотация

Максименко С. Д., доктор психологических наук, профессор, академик АПН Украины, директор Института психологии имени Г. С. Костюка АПН Украины, г. Киев, Украина. **Информационно-энергетическая нужда как свойство личности: источники и движущие силы развития.**

Ключевые слова: жизненная энергия, атрибут, личность, генетико-моделирующий метод, развитие.

Постановка проблемы. Современная наука не имеет метода, который был бы адекватным в отношении научного исследования психологии личности как уникальной, неповторимой и целостной системы. Мы считаем, что генетико-моделирующий метод отражает те сущностные идеи, которые необходимо реализовать в исследовании личности как целостности, саморазвивающейся благодаря действию биосоциальной основы - жизненной энергии, которая «опредметилась» в данной личности.

Анализ последних исследований и публикаций. Сложное, противоречивое взаимодействие биологического и социального имеет смысл рассматривать в двух плоскостях - как факторы, действующие на личность, и как факторы, которые образуют личность и обеспечивают ее существование и развитие «изнутри». Биологические и социальные факторы не существуют как отдельные, каждый из них представляет собой инобытие другого. Принцип единства биологического и социального открывает реальную сущностную природу истоков активности личности.

Формулировка цели статьи. Цель - проанализировать понятие «личность» и адекватный метод ее исследования - генетико-моделирующий, описать атрибутивные характеристики жизненной энергии человека.

Изложение основного материала. Первый принцип генетико-моделирующего метода - принцип анализа по единицам, второй принцип -

единства биологического и социального, третий принцип - креативности, четвертый принцип - рефлексивного релятивизма, пятый принцип - единство экспериментальной и генетической линий развития.

Первым атрибутивным содержательным признаком жизненной энергии (нужды) является ее гетерогенность: биологическое и социальное здесь изначально составляют противоречивое, но совершенно неразрывное единство. Вторая атрибутивная содержательная характеристика жизненной энергии (нужды) - способность к развитию (саморазвитию). Эта характеристика тесно связана с информационным аспектом жизненной энергии. Третий атрибутивный признак жизненной энергии (нужды) заключается в том, что ее развитие направлено и представляет собой ортогенез. Четвертая атрибутивная содержательная характеристика жизненной энергии (нужды) - ее способность к порождению. Встреча двух ветвей жизненной энергии, воплощенной в живых существах разного пола, порождает качественно информационно и энергетически новую жизненную энергию, которая продолжается в существовании нового живого существа. Этот акт - единственное целостное «опредмечивание» жизненной энергии в живой природе. Если же говорить о человеке, мы встречаемся с «другой» реальностью: жизненная энергия человека может создавать и нового человека, и качественно новый продукт (творчество). Пятая атрибутивная характеристика жизненной энергии (нужды) заключается в том, что она существует только в форме воплощения рожденного ею живого существа. Живое существо существует одновременно и как структура, и как воплощенная в ней жизненная энергия. В то же время, жизненную энергию мы не можем познать другим путем, кроме изучения живого существа как ее проявления. Шестая атрибутивная характеристика жизненной энергии (нужды) - это ее аффилиативная природа. Истинной формой существования жизненной энергии является любовь, которая противостоит космической энтропии и

определяет движение всех живых существ (не только людей) друг к другу. И результатом этого движения будет рождение нового человека. Седьмая атрибутивная характеристика жизненной энергии (нужды) - бесконечность ее существования. Завершенным конечным) будет существование организма, личности как носителя жизненной энергии. Но благодаря встрече и любви жизненная энергия продолжает свое существование и становится бесконечной во времени. Нам кажется, что анализ данных атрибутивных свойств позволит, кроме всего прочего, открыть новые аспекты значения времени в жизни.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. В соответствии с созданной нами оригинальной теоретической парадигмой, в основе развития личности находится действие жизненной энергии как генетически исходной единицы человеческого развития и существования. Будучи информационно-энергетическим потоком, жизненная энергия специфически соединяет биологические и социальные детерминанты человеческого существования и представляет собой начальную двигательную силу саморазвития личности как отдельного человеческого существа. Противоречивое диалектическое единство биологического и социального, сознательного и бессознательного, осуществляется в личности, порождает важнейшие атрибутивные характеристики последней. Постоянная энергетическая напряженность жизненной энергии создает реальные условия формирования самой личностью реципрокных механизмов, которые, основываясь на мощных социальных воздействиях, трансформируются в онтогенезе в биологические (морфологические) и психические структуры.

Annotation

Maksymenko S. D., PhD, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Academician of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Director of The G. S.

Kostyuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine; Kyiv, Ukraine. **Information and Energy Needs as a Property of Personality: Sources and Driving Forces of Development.**

Key words: vital energy, attribute, personality, genetic modeling method, development.

Formulation of the problem. Modern science does not have a method that would be adequate for the scientific study of personality psychology as a unique, unique and holistic system. We believe that the genetic modeling method reflects the essential ideas that need to be implemented in the study of personality as a whole that develops itself through the action of the biosocial basis - the vital energy that materialized in this personality.

Analysis of recent research and publications. The complex contradictory interaction of biological and social makes sense to consider in two planes - as factors that affect the individual, and as factors that form the personality and ensure its existence and development "from within". Biological and social factors do not exist as separate, each of them represents a different being of the other. The principle of unity of biological and social reveals the real essential nature of the origins of personal activity.

Formulating the purpose of the article. The aim is to analyze the concept of "personality" and an adequate method of its research - genetic modeling, to describe the attributive characteristics of human life energy.

Presenting main material. The first principle of the genetic modeling method is the principle of unit analysis, the second principle is the unity of biological and social, the third principle is creativity, the fourth principle is reflexive relativism, and the fifth principle is the unity of experimental and genetic lines of development.

The first attributive semantic feature of vital energy (needs) is its heterogeneity: biological and social here from the beginning form a contradictory, but absolutely

inseparable unity. The second attributive semantic characteristic of vital energy (needs) is the ability to develop (self-development). This characteristic is closely related to the informational aspect of life energy. The third attributive feature of vital energy (needs) is that its development is directed and represents orthogenesis. The fourth attributive semantic characteristic of vital energy (needs) is its ability to generate. The meeting of two branches of life energy, embodied in living beings of different sexes, generates qualitatively informational and energetically new life energy, which continues in the existence of a new living being. This act is the only holistic "objectification" of vital energy in living nature. If we talk about man, we encounter an "another" reality: human life energy can create a new person and a qualitatively new product (creativity). The fifth attributive characteristic of life energy (need) is that it exists only in the form of the embodiment of the living being born of it. A living being exists both as a structure and as vital energy embodied in it. At the same time, we cannot know the energy of life in any other way than the study of a living being as its manifestation. The sixth attributive characteristic of vital energy (needs) is its affiliative nature. The true form of life energy is love, which opposes cosmic entropy and determines the movement of all living beings (not just humans) to each other. And the result of this movement will be the birth of a new person. The seventh attributive characteristic of vital energy (needs) is the infinity of its existence. Completed final) will be the existence of the organism, the individual as a carrier of vital energy. But thanks to meeting and love, life energy continues to exist and becomes infinite in time. It seems to us that the analysis of this attributive property will allow, among other things, to discover new aspects of the meaning of time in life. Conclusions and prospects for further research. In accordance with the original theoretical paradigm created by us, the basis of personality development is the action of life energy as a genetically original unit of human development and existence. As an information and energy flow, life energy specifically connects the biological and

social determinants of human existence and is the initial driving force of self-development of the individual as a separate human being. The contradictory dialectical unity of the biological and the social, the conscious and the unconscious, carried out in the individual, gives rise to the most important attributive characteristics of the latter. The constant energy tension of vital energy creates real conditions for the formation of reciprocal mechanisms by the individual, which, based on powerful social influences, are transformed in ontogenesis into biological (morphological) and mental structures.

Ключові слова: життєва енергія, атрибут, особистість, генетико-моделюючий метод, розвиток.

Постановка проблеми. Психічні явища людини реально не існують поодиноці й відокремлено. В своїй сукупності вони складають унікальний і неповторний візерунок – психологічну цілісність (міжфункціональну психологічну систему). Лише пізнання структурно-динамічних закономірностей даної цілісності може відкрити нам як розуміння окремих її частин (психологічних функцій), так і усвідомлення сенсу та шляхів оптимізації існування людини. Ця цілісність і нерозривна єдність психіки людини і є те, що утворює особистість.

Наукове дослідження психології особистості як дійсного (а не лише уявного) предмету вивчення, як унікальної, неповторної та цілісної системи, є дуже значною проблемою. Справа в тому, що сучасна наука не має головного – метода, який був би адекватним щодо даного предмету. Метод виступає центральною ланкою всієї проблеми психології особистості, оскільки він є не лише засобом отримання наукових емпіричних фактів, але й, до того ж, способом втілення наукового знання, способом його існування та збереження.

В широкому, узагальненому значенні, ми розглядаємо метод як теоретично оформлений засіб і водночас результат специфічного «опредмечування» ідей та уявлень дослідника відносно предмету дослідження. «Розпредмечування» відбувається вже після того, як за допомогою даного методу дослідник отримує та усвідомить наукову інформацію.

Л. С. Виготський [1] стверджував (і абсолютно справедливо), що новий концептуальний підхід потребує нового, адекватного дослідницького прийому. Ми вважаємо, що генетико-моделюючий метод (у нашому його розумінні) відображає ті сутнісні ідеї, які необхідно реалізувати в дослідженні особистості як цілісності, що саморозвивається завдяки дії біосоціальної основи – життєвої енергії, яка опредметнилася в даній особистості.

Генетико-моделюючий метод в якості мети вивчення має саму цілісну особистість у розвитку. В зв'язку з цим, виникла необхідність пошуку «одиниць» зовсім іншої природи, і було встановлено, що такою є життєва енергія, як суперечлива вихідна єдність біологічного та соціального, що зумовлює існування особистості (замість терміну «життєва енергія» ми використовуємо також поняття «нужда») [2; 3]. Принципи побудови методу відображують природу існування об'єкта дослідження. Технологія методу (принцип єдності генетичної та експериментальної ліній розвитку) передбачає проведення дослідження в максимально «природних» умовах існування особистості і створення актуального простру реалізації самою особистістю численних можливостей моделювання власного розвитку та існування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Свого часу В. Штерн, дуже уважно розглядаючи проблему взаємодії біологічного та соціального в особистості, сформулював «принцип конвергенції». Сутність цього принципу полягає в тому, що про жодну функцію особистості, про жодну її властивість не можна сказати, виникають вони ззовні чи зсередини. Треба розібратися, що в

них виникає ззовні, а що – зсередини, оскільки і одне, й інше беруть участь – але неоднакову – в її здійсненні [5]. Однак питання є набагато складнішим. Ми вважаємо, що складну суперечливу взаємодію біологічного та соціального є сенс розглядати в двох площинах – як фактори, що діють на особистість, і як фактори, які утворюють особистість та забезпечують її існування та розвиток «зсередини». Перша площина аналізу являє собою взаємодію «особистість – оточуючий світ». В ній дійсно можна певною мірою виділяти власне біологічні (природні) фактори та соціальні, хоча останні насправді ніколи не є лише й виключно соціальними, всі вони представляють продукт людини (людства), в якому певним чином втілене не лише соціальне, але й біологічне тої цілісної біосоціальної істоти, яка їх створювала. Якщо ж розглядати біологічне та соціальне як внутрішнє, особистісне, то треба визнати, що ми ніколи не маємо в цьому випадку їх окремість. Ми відступаємо від традиційного розгляду біологічного як спадкового та тілесного: «всередині» особистості біологічні та соціальні фактори не існують як окремі, кожний із них являє собою інакше буття другого. Будь-яка думка, образ, ідея, потреба є неможливими поза біологічними структурами та функціями організму. Також вірним є і зворотне: кожна тілесна структура, кожна біологічна функція людини – це прояв людського єства, тобто це те, що від початку несе в собі як біологічне, так і соціальне втілення,- психосоматичні явища, які інтенсивно досліджуються сучасною наукою, є найкращим підтвердженням цього.

Принцип єдності біологічного та соціального відкриває реальну сутнісну природу витоків активності особистості. Коли психологія стверджує, що такими витоками є потреби, вона помиляється. Бо є дуже прості й доречні питання: а звідки виникають потреби? Крім того, дією потреб не можна пояснити саморух, саморозвиток тієї складної відкритої системи, якою є особистість. Так і виникає уявлення про дух як першоджерело активності, а він же не може бути

досліджений у межах сучасної науки. Знову найбільш цікаве й головне зникає з психології (між іншим. Термін «душа» в Давній Греції і позначав джерело активності).

Самозміна і здатність еволюціонувати означають, що життєва енергія рослини, тварини та життєва енергія людини – це єдиний за глибиною своєї природи енергетично-інформаційний носій. Але ті зміни, які він отримав, знаходячись в межах окремої ланки життя (наприклад, рослинної), приводять до того, що подальші його дії, подальше всезагальне його існування вимагає і з необхідністю породжує більш складні системи, які його реалізують.

Одразу кидається у вічі наближеність життєвої енергії до фрейдівського «libido», а, значить, виникає бажання ототожнити ці інтенції. Але ця близькість лише уявна, вона абсолютно не відповідає дійсності. Якщо вести мову про З. Фрейда, то його «libido» означає лише сексуальний потяг «у первинному медичному розумінні». «Libido» тут дійсно сила, прояв якої забезпечує дію інстинкту продовження роду і через нього – експансію життя. Тобто, «libido», за З. Фрейдом, є енергетичним утворенням виключно сексуального напрямлення; водночас, воно породжується (і віднаходиться) в інстинктивній, тобто спрощеній, схематизованій, біологічно запрограмованій поведінці [4].

Таке розуміння, дійсно, дуже віддалене від нашого уявлення про життєву енергію, хоча слід відмітити, що в самому змісті слова, в його етимології «libido» є повністю адекватним нашому розумінню життєвої енергії, хоч і не тотожним. Редукція терміну, скоріше всього, не задовольняла й самого автора, який у своїх пізніх працях все більше схилявся до всезагального значення даного явища, врешті-решт вирішивши ввести новий термін «Ерос», що означає не лише фундаментальну життєву силу, а, скоріше, навіть «космічний початок існування». Однак ретельний аналіз праць З. Фрейда цього періоду підтверджує, що З. Фрейд, працюючи конкретно з даним поняттям, все ж залишається в

межах суто сексуально-інстинктивних. Важливим для нас є визначення парадигмального положення З. Фрейда щодо протистояння «соціально-лібідонозної» енергії, при виключно конфліктній основі розвитку структури та динаміки особистості [4].

Набагато змістовніше й цікавіше розробляв поняття «libido» К. Г. Юнг, приводячи його до істинного філософсько-світоглядного звучання. Відмічаючи, що «поняттю «libido» надається в функціональному відношенні таке саме значення в біології, яке в фізиці має поняття енергії» [7, С.17].

К. Г. Юнг в понятті «libido» наближається до визначення загальної психічної енергії, життєвої сили, яка притаманна всьому органічному світу. Далі К. Г. Юнг пропонує власну «генетичну теорію «libido» [4]. Він вважає, що «libido» забезпечує пристосування організму до навколишнього середовища, виявляючи себе як «позасексуальне» відгалуження спочатку єдиного потоку. «Цей розгляд приводить нас до поняття «libido», яке в своєму розширенні йде далі меж природно-наукового формулювання до філософського світогляду, до розуміння волі взагалі» [6, С.116].

К. Г. Юнг звертає увагу, що в його розумінні поняття «libido» стає поруч у один ряд із таким уявленнями, як «Ерос» Платона, «світова душа як енергія розуму» Плотіна, як «воля» Шопенгауера та ін. К. Г. Юнг підкреслює здатність «libido» диференціюватися, що робить його передумовою будь-якого розвитку і творчості: «Душа світу є «нескінченність всього життя» і тому виключно – енергія, вона є сутність ідей, які набувають в ній дієвість і дійсність» [7, С.116]. Відмічається, що в багатоколірності явищ природи втілюється «воля «libido» до найрізноманітнішого застосування і формування. В цій загальнофілософській частині ідеї К. Г. Юнга досить привабливі, оскільки відповідають справжньому становищу речей,- але лише в такій абстрактній іпостасі. Подальший наліз підтверджує, що лише в цьому К. Г. Юнгу вдалося підійти до розуміння

сутності психіки людини «зверху», з погляду глобально-природних і культурних явищ. Якщо ж справа доходить до тлумачення конкретних механізмів дії цього «загальноглобального «libido», К. Г. Юнг непомітно для самого себе пояснює їх у традиційній психоаналітичній (фрейдівській) логіці – «знизу» [6; 7].

Він цілком справедливо, хоча й відмітимо в дужках, що не відкриваючи нічого нового, вважає, що поява людської психіки, свідомості пов'язана зі специфічним подвоєнням природного світу завдяки здібності людини створювати символи. «Нове» - тобто відкриття механізму: для К. Г. Юнга символ виникає як наслідок дії всезагальної енергії «libido». Але, на жаль, нове лише малося на увазі: К. Г. Юнг пояснює цей механізм, виходячи вже не з того «libido», природу якого він описав філософськи, а виключно з «libido» фрейдівського: нереалізований сексуальний інстинкт «відгалужується» і втілюється в специфічний рух, предмет або образ, які символізують... статевий акт. І далі К. Г. Юнг, використовуючи свою дійсно феноменальну ерудицію, намагається довести, що і добування вогню, і малювання, і писемність, і мова, і все інше суто людське є символи, створені завдяки відхиленню «libido» виключно як сексуального інстинкту [6; 7].

Таким чином, З. Фрейд залишився непереможеним. Якщо К. Г. Юнг переносить свою логіку в область онтогенезу, він опиняється ще ближче до З. Фрейда. До речі, ми могли би тут із допитливістю виявити, в чому ж проблема К. Г. Юнга-дослідника? Парадоксально: він набагато раніше за З. Фрейда став розробляти ідею «libido» як всезагального (а не лише вузько сексуального) носія життя, в тому числі життя розумного. Він перевершив З. Фрейда в філософсько-методологічному плані, але, повернувшись із цієї власної (дійсно цікавої, глибокої та перспективної) позиції в психологічні межі, повинен був «з'їхати» на фрейдівські уявлення... Здається, що це не лише проблема вченого, але й

особистісна позиція, вірніше, міжособистісна: страшно робити крок, який випередить засновника.

К. Г. Юнг у своїй позиції виявився послідовним – він «приклеїв» фрейдівський старий механізм до нового явища, а потім відмовився описувати власне психологічну (не філософсько-світоглядну) природу цього явища – так «libido» залишилося просто сексуальним інстинктом, а яскраві побудови К. Г. Юнга «зависли» поза психологією. Однак, все ж таки теоретичні викладки К. Г. Юнга приваблюють нас уже тим, що ми не знаходимо в історії психології аналогічної концепції, яка б настільки глибоко й майстерно торкалася природи вихідної рушійної сили онтогенезу особистості. Тому саме з цією теорією ми спробуємо порівняти наші уявлення про життєву енергію.

Життєва енергія, безумовно, не є сексуальним інстинктом, і вона не є інстинктом взагалі. Інстинкт, у точному розумінні, являє собою виключно біологічно запрограмовану поведінку. Така поведінка може обумовлюватися життєвою енергією, і відбувається це лише в найбільш елементарних, розрізнених актах функціонування організму. Як вірно зауважив свого часу Г. Олпорт, виключно інстинктивна, суто біологічна поведінка – це аномалія, це патологічне явище.

Формулювання мети статті. Мета – проаналізувати поняття «особистість» і адекватний метод її дослідження – генетико-моделюючий, описати атрибутивні характеристики життєвої енергії людини.

Виклад основного матеріалу. «Особистість – це форма існування психіки людини, яка являє собою цілісність, здатну до саморозвитку, самовизначення, свідомої предметної діяльності та саморегуляції, та має свій унікальний і неповторний внутрішній світ». В цьому визначенні підкреслено головне: природа психіки людини – особистісна. Вищий із відомих нам рівнів розвитку буття, наділений рефлексією і тому здатний відображати інше буття та

саме себе, втілюється і стає дійсним способом існування конкретної людини. Можна сказати й навпаки: життя людини в світі – це дійсний спосіб (форма) існування вищої психіки. Ми не знаходимо в світі інших форм існування вищого рівня психіки, крім особистості. Можна, звичайно, казати про те, що предмети та явища культури є іншим, специфічно перетвореним способом її існування. Це дійсно так, але вони – втілення особистості. «Опредмечування», тобто додаткове переведення психічного (ідеального) в предметне (матеріальне), здійснюють особистості, залишаючи в предметі, відображуючи в ньому всю унікальну своєрідність даної особистості – автора.

Перший принцип генетико-моделюючого методу – принцип аналізу за одиницями. Відповідно до нашої методологічної парадигми, застосування генетико-моделюючого метода дозволить врешті-решт «повернути людину в психологію», оскільки метод надає можливість проаналізувати і разом із тим інтегрувати той вихідний системо утворюючий початок особистості, яким є життєва енергія як унікальна єдність біологічного та соціального та їх активатор. Розробка методу, таким чином, є першочерговою та найбільш актуальною проблемою.

Другий принцип генетико-моделюючого методу – принцип єдності біологічного та соціального. Статус принципу наукового методу не дозволяє лише декларувати дану єдність, тому що в такому випадку він перестане бути принципом. Необхідно чітко усвідомлювати, що саме мається на увазі, що саме розуміється під єдністю. Ми стверджуємо, що вихідне першоджерело активності особистості насправді існує й цілком підлягає науковому дослідженню, – це є життєва енергія, яка є вихідним початком особистості, біосоціальним за своєю природою. Онтогенез особистості починається значно раніше, ніж вона народжується фізично. Його початок – «опредмечування» – втілення життєвих енергій двох людей, які люблять один одного. Виникає нова

форма існування життєвої енергії, яка просто не може існувати без матеріального носія (у всякому разі, сучасна наука не знає іншого способу існування біосоціальної життєвої енергії, крім її існування в якості соціобіологічної енергетичної основи особистості людини).

Дотримання принципу єдності біологічного та соціального в межах генетико-моделюючого метода означає вивчення онтогенезу від його реального початку, дослідження механізмів виникнення потреб із життєвої енергії. В цілому, це означає розгляд в будь-якому конкретно-психологічному дослідженні існування особистості як здатної до саморозвитку вихідної біосоціальної єдності.

Третій принцип генетико-моделюючого методу – принцип креативності, «зустрічі» життєвої енергії з численними та різноманітними об'єктами та явищами не просто породжують потреби, вони зумовлюють ціле покладання і розвиток власних і унікальних засобів досягнення цілей. Це й є фактично творчість. Саме в цьому розумінні ми застосовуємо термін «креативність». Отже, мова йде про творчу унікальність особистості, яка пронизує весь її життєвий шлях. Вже самий початок нової людини є не що інше, як результат творчого акту «опредмечування» своєї життєвої енергії двома люблячими істотами. Вже сама по собі особистість є результатом і продуктом творчості. І життєва енергія, втілена в ній, має величезний креативний потенціал, який виявляється в унікальності, гетерогенності, самоусвідомленні, самодостатності в цілому. Реальна таємничість і загадкова унікальність людської свідомості міститься в її здатності до моделювання й само моделювання. Саме це призводить, зокрема, до абсолютно своєрідного співвідношення в свідомості минулого, теперішнього й майбутнього. Свідомість самомоделюється, привласнюючи здатність, і моделює подальше існування людини.

Креативність є глибинною, початковою і абсолютно «природною» ознакою особистості – це вища форма активності. Активність, яка створює і залишає слід, втілюється. Водночас, креативність означає прагнення виразити свій внутрішній світ. Коли О. Ф. Лосєв називає вираження однією з атрибутивних ознак особистості, він чітко визначає, що це вираження насправді є також актом створення цього світу.

Дотримання принципу креативності в аналізі (і в дослідженні) особистості означає «взяти» її існування в цілому, в її унікальній цілеспрямованій єдності, в якій вона лише й існує. Це означає реально врахувати багатозначність, несподіваність і непередбачуваність особистості. Водночас це означає усвідомлювати, що не все однозначне й прогнозоване. Все, що ми намагаємося отримати в сучасних експериментах, є насправді навіть не конкретний випадок, а справжній артефакт. І в цьому полягає головний недолік досліджень у сфері психології особистості. Останнє ми вважаємо дуже важливим, насамперед методично, і тому формулюємо наступний, четвертий принцип генетико-моделюючого методу.

Четвертий принцип генетико-моделюючого методу – принцип рефлексивного релятивізму, який фіксує принципову неможливість встановлювати точні вимірювання та фіксувати остаточно вищі унікально-творчі прояви особистості.

Самодетермінація через власну життєву енергію відкриває людині принципово ненасичувану та необмежену можливість різноманітності буквально всіх проявів і властивостей. Наявність рефлексії, як одного з найбільш цікавих і загадкових наслідків зустрічі життєвої енергії з життям людини, робить це життя необмежено своєрідним, відкриває людині реальну нескінченність ресурсів самозмінювання в кожний момент часу.

В цілому, це явище добре відоме: згадайте хоча би наполегливе твердження Ф. М. Достоєвського про неосяжну глибину і непередбачуваність «реальної, ґрунтовної особистості» кожної людини. Разом із тим, прагнення позитивної науки до прагматичного систематизування веде до дуже спрощених уявлень щодо особистості людини. Принцип релятивізму (відносності) попереджає проти схематизму й поверхневих прогнозів – наші знання є обмеженими і завжди будуть такими: ми надійно знаємо лише про наявність рефлексивно-творчого потенціалу людини і про безмежність його проявів. У зв'язку з цим, відкривається реальна обмеженість і несерйозність спроб схематизування або моделювання особистості. В зв'язку з цим же самим, відкривається реальна глибина страждань людини, якою маніпулюють, або яка маніпулює сама.

Разом із тим, принципи креативності та релятивізму відкривають реальний зміст явища суб'єктності: життєва енергія в онтогенезі ніби розгалужується. Частина її існує і функціонує так, як це було в ранньому дитинстві, як було на початку: без відома даної людини забезпечуються її життєздатність і протікання життя в цілому. Інша «гілка» життєвої енергії спрямовується виключно на зустріч із соціальним світом. Саме ці зустрічі породжують вищі психічні функції, формуючи ціле покладання, пристрасність внутрішнього світу, креативність. Так народжується суб'єкт.

П'ятий принцип генетико-моделюючого дослідницького методу вивчення особистості – єдність експериментальної та генетичної ліній розвитку. На наш погляд, це дуже істотний момент характеристики не лише нашого методу, але й загального стану справ у психології особистості. Вивчаючи розвиток за допомогою формуючого експерименту, ми самі формуємо – і те, що формуємо, те й вивчаємо. А як насправді, без нашого втручання? Гостроту цього питання, на жаль, багато хто не помітив, і марно: психологія стала «формуючою»,

формує експеримент і зараз є необхідним атрибутом дисертацій. Але слід згадати, що наука має вивчати об'єкт у його власній логіці, а не логіку дослідника в об'єкті. Питання залишилося без уваги, а наскільки ж воно загостриться, якщо «в психологію повернеться людина»? бо головним стане те, на що зараз просто ніхто не звертає уваги. Наприклад, якщо в дитини конкретно штучно формується (і вивчається), наприклад, опосередковане запам'ятовування способом «вростання-присвоєння», то сама-то дитина при цьому існує та розвивається як цілісність. Ми вивчаємо дискретний момент – як воно востає, як присвоюється. А що відбувається з цією дитиною, з іншими її функціями та явищами? Виникає кардинальне питання: а як це відбувається в інших дітей, у тих, у кого ніхто нічого не формує спеціально?

Ця цілісна особистість виходить на перший план в генетико-моделюючому дослідженні. І ми легко схилиємося до феноменологічного напрямку, коли даємо собі звіт, що тут (див. принцип креативності) нічого «змоделювати» не можна, не порушивши при цьому філігранно тонкий процес само моделювання й саморозвитку. Тож що, залишається лише опис? Ні, ми впевнені, що об'єднання цієї «природно-генетичної» лінії розвитку з експериментальною є можливим, але не шляхом формування – присвоєння здібностей, а шляхом створення в експерименті особливих умов розгортання й «загальмування» становлення цілісних одиниць аналізу. Це може відбуватися на фоні різноманітних (але фіксованих) можливостей для самомоделювання.

Генетична психологія базується на тому, що відповідне дійсності пізнання й розуміння об'єкту дослідження можливе лише за умови простеження виникнення й становлення даного об'єкту. З генетичної точки зору, для того, щоб зрозуміти, що таке особистість, треба пояснити і показати (відтворити в моделях) процес її становлення, визначити, яким чином і внаслідок дії яких закономірностей та механізмів виникає та розвивається особистість як

цілісність. Цей шлях пошуку і приводить врешті-решт до можливості відповісти на питання: що розвивається? Що є об'єктом розвитку?

Всебічний поглиблений аналіз людського існування, а також численних теоретичних уявлень про нього, дозволяє визначитися в цьому аспекті: витоком саморозвитку (а, отже, й особистості в цілому) є життєва енергія як енергетично-інформаційна сутнісна якість, яка забезпечує експансію життя в онто- і філогенезі. Життєва енергія породжує не просто існування і не просто онтогенез; саме життєва енергія визначає унікальне явище життя та його розвитку: еволюція життя виявляється спрямованою, і спрямована вона в бік постійного ускладнення й прогресу.

Таким чином, життєва енергія визначає наявність у біологічній еволюції особливої детермінанти: розвиток виявляється детермінованим не наявним рівнем морфологічної, анатомічної будови або функціонування, він детермінований майбутнім – це рух до ускладнення. Дане явище отримало в сучасній науці назву «ортогенез». На нашу думку, за своєю природою життєва енергія динамічна й відкрита до самозмін. Тому вона здатна модифікуватися в межах систем, де діє, і ця модифікація породжує нові, більш складні функції та, відповідно, структури, які покликані їх реалізувати. Ми не дарма підкреслюємо глобальність природи життєвої енергії. З одного боку, це дозволяє зрозуміти нерозривну єдність усього живого, суцього на Землі. З іншого боку, таке розуміння сприяє вирішенню теоретико-логічної проблеми визначення дійсного місця цього явища в ряді відомих інтенцій живої істоти і, безумовно, людини.

Традиційно термін «біологічне» використовується для опису анатомічної або морфологічної структури організму та його суто природних функцій: руху, харчування, зростання, розмноження, виділення. Таким чином, біологічне – це виключно натуральне, і породжується воно такими самими «чисто натуральними» потребами, які й забезпечують існування організму. Зрозуміло,

що в цій традиції вихідна енергетична сутність організму, яка й породжує конкретні потреби, має виключно природну сутність. Тут і виникає не вирішувана проблема соціального, яке треба яким-небудь чином «додати», «включити» в існуючу енергетичну систему. Але ми би хотіли звернути увагу на цікавий факт: у межах живої природи Землі ми не зустрічаємо жодного випадку, коли б організм існував сам, окремо, ізольовано від інших організмів.

Осмилення цього факту як фундаментального привело свого часу В. І. Вернадського та П. Тейяра де Шардена до створення теорії біосфери, а потім і ноосфери як унікальної єдності земного життя [1]. Насправді, цей факт свідчить про дуже істотне: існування та експансія життя на всіх його рівнях забезпечується не лише нескінченною енергією розмноження, але й таким самим нескінченним потягом до взаємоіснування. Життєва енергія є початковим об'єднанням цих двох сил, які в своїй єдності й створюють могутній потік нескінченного існування. Корінь соціального, безумовно, знаходиться в найпростішій взаємодії живих істот, що є атрибутом живого, таким самим за значимістю, як і розмноження. Таким чином, життєва енергія від самого початку є об'єднанням двох глобальних прагнень – розмноження та взаємодії («біологічного» та «соціального»). Одне неможливе без іншого, і це є, якщо хочете, імператив існування живого. Так само, як організму, щоб жити, треба змагатися з оточенням (на всіх рівнях живого), так само йому необхідно і бути разом з іншим, а це спричиняє розвиток відповідних форм поведінки. Чому З. Фрейд помітив тут лише боротьбу, лише протистояння – можна тільки здогадуватися, але саме це й привело його до редукції. Ми можемо звернутися ще раз до еволюції життя й помітити, що є дуже невелика та еволюційно безперспективна група організмів (хоч і чисельно представлена), яким для розмноження не потрібен інший організм. Абсолютна більшість в живому світі може реалізувати цю фундаментальну потребу виключно за умови зустрічі з

іншим. Таким чином, зустріч і взаємодія не лише стають «поруч» із розмноженням, але й перетворюються в його передумову. Це «клітинка» процесу, в якому соціальне (взаємодія) перетворюється (втілюється) в біологічне – нову живу істоту. В контексті вищесказаного, можна й необхідно виділити визначально важливі характеристики життєвої енергії.

Першою атрибутивною змістовою ознакою життєвої енергії (нужди) є її гетерогенність: біологічне й соціальне тут від початку складають суперечливу, але абсолютно нерозривну єдність.

Друга атрибутивна змістова характеристика життєвої енергії (нужди) – здатність до розвитку (саморозвитку). Ця характеристика тісно пов'язана з інформаційним аспектом життєвої енергії. Нам здається прикрою помилкою фактичне постулювання вченими незмінності природи вихідної життєвої енергетичної субстанції (З. Фрейд, Плотін, Платон та ін..). К. Г. Юнг мав рацію щодо численних розгалужень вихідної життєвої сили. Кожне відгалуження життєвої енергії породжує живу істоту як суб'єкта реалізації її сутнісної функції. Поки живе істота – в ній існує гілка життєвої енергії, яка сама є складовою частиною єдиного потоку життєвої енергії. Численні життєві прояви та контакти живої істоти, всі її зміни вбираються (асимілюються) життєвою енергією, залишаються в ній, збагачують і урізноманітнюють цю нескінченну енергетичну течію величезною новою інформацією. Кожна зустріч двох істот, що відбувається з метою власного продовження через створення і народження нової істоти, означає не лише подвоєння енергії, але й подвоєння інформації, різноманіття існування. Саме це є вихідним рівнем розвитку.

Третя атрибутивна ознака життєвої енергії (нужди) полягає в тому, що її розвиток спрямований і являє собою ортогенез. Аналіз філо- та онтогенезу живого засвідчує, як уже вказувалося, що нескінченна течія життєвої енергії, її саморозвиток не є випадковими і хаотичними, вони мають напрямок. І

спрямована життєва енергія на постійне ускладнення та підвищення інтегрованості живого. Цей рух закінчується в умовах Землі «виходом» життєвої енергії на позицію можливості усвідомлювати саму себе (рефлексія). Але можна відповідально казати про те, що це не є кінцевим етапом становлення життєвої енергії: просто людство виникло на цьому етапі, й життєва енергія «відрефлексувала» сама себе. Але рух продовжується...

Четверта атрибутивна змістова характеристика життєвої енергії (нужди) – її здатність до породження. Ця креативна якість виявляється в усьому, що пов'язане з життям, і це дійсно справжнє диво (О. Ф. Лосєв). Однак ми зупинимося тут на найбільш істотному. Зустріч двох гілок життєвої енергії, втіленої в живих істот різної статі, породжує якісно нову життєву енергію (інформаційно та енергетично нову), яка продовжується в існуванні нової живої істоти. Цей акт – єдине цілісне «опредмечування» життєвої енергії в живій природі. Якщо ж казати про людину, ми зустрічаємося з «іншою» реальністю: життєва енергія людини може створювати і нову людину, і якісно новий продукт (творчість). Однак необхідно вказати, що в акті створення життєва енергія зовсім не виступає в ролі модифікованого фрейдівського «libido» (навіть у тваринному світі), бо вона від початку являє собою єдність природного і соціального.

П'ята атрибутивна характеристика життєвої енергії (нужди) полягає в тому, що вона існує лише в формі втілення народженої нею живої істоти. Можна уявити, що життєва енергія пов'язана з суто фізичною енергією Всесвіту, але виникає та існує виключно як втілена в біологічну істоту. Тут, скоріше за все, ефект, схожий на ті явища мікросвіту, відкриття яких привело до необхідності створення принципу додатковості: жива істота існує одночасно і як структура, і як втілена в ній життєва енергія. Водночас, життєву енергію ми

не можемо пізнати іншим шляхом, крім вивчення живої істоти як її прояву. Отже, все залежить від ракурсу дослідження.

Шоста атрибутивна характеристика життєвої енергії (нужди) – це її афіліативна природа. Істинною формою існування життєвої енергії є любов. В контексті аналізу життєвої енергії ми схильні розглядати любов (слідом за Тейяром де Шарденом) досить широко, вважаючи її силою, яка протистоїть космічній ентропії та визначає рух усіх живих істот (не лише людей) один до одного. І результатом цього руху буде народження нової людини.

Сьома атрибутивна характеристика життєвої енергії (нужди) – нескінченність її існування. Завершеним кінцевим) буде існування організму, особистості як носія життєвої енергії. Але завдяки зустрічі й любові життєва енергія продовжує свої існування і стає нескінченною в часі. Нам здається, що аналіз даної атрибутивної властивості дозволить, крім усього іншого, відкрити нові аспекти значення часу в житті.

Перелічені атрибутивні властивості життєвої енергії окреслюють (хай поки що і схематично) її природу. Ми, зокрема, бачимо принципову відмінність нашого розуміння порівняно з ідеями К. Г. Юнга та інших учених. Лише тепер ми можемо аналізувати онтогенез особистості як форми існування та дискретного прояву – втілення життєвої енергії.

Ми задаємо дуже просте питання: чи можна вважати яку-небудь внутрішню інтенцію є психічною, тобто такою, яка не виникає внаслідок відображення і не спрямовує в подальшому це відображення, такою, яка сама не регулюється? І тут є лише одна (і теж «проста») відповідь: звичайно, немає! Найпростіша, «найбіологічніша» інтенція є психічною за визначенням, вона і є психіка (хоча, звичайно, психіка не є лише інтенцією). Таким чином, життєва енергія, навіть у традиційному її розумінні, безумовно, є психічним утворенням. Немає ніякої «зустрічі» суто біологічного з суто соціальним, і психіка не

народжується хай навіть «один раз» - вона вже є, вона є завжди, і життєва енергія – її носій. Людина – жива істота, і це значить, що її вихідна інтенціональна природа не може суттєво відрізнятись від інтенціональної природи будь-якої іншої живої істоти. Вона відрізняється принципово, але – не суттєво! Тому ми і не бачимо необхідності сумніватися в виборі вихідного поняття. Навпаки, ми повертаємо йому відповідне дійсності багатство: життєва енергія відображає головну, основну необхідність і означає виражену динаміку – рух. Це невичерпна і невичерпана динамічна тенденція (в цьому розумінні, термін «потреба» є слабкішим з погляду позначення активної динаміки).

Але водночас важко уявити собі можливість зрозуміти механізми онтогенезу особистості поза психодинамічним аспектом. Тому що «винести за лапки» найважливіше – рух системи, яка тільки й існує в саморусі,- означає приректи себе на повний неуспіх або, в найкращому випадку, на те, щоб придумати ще одну статистичну схему, яком жодного відношення до реального стану речей мати не буде. Особистість, як уже відмічалось, ми розглядаємо як складну відкриту систему, яка само розвивається. Направлення розвитку особистості (філо- і онтогенез), по суті, не відрізняється від загального направлення еволюції – ускладнення, диференційованості, переважання розвитку внутрішнього над зовнішнім, саморегуляції, інтегрованості.

Атрибутами розвитку особистості слід вважати, по-перше, відсутність жорсткої віднесеності до якого-небудь задалегідь визначеного масштабу, критерію, зразку, еталону; по-друге, спадкоємність, тобто обумовленість попередніми стадіями розвитку; по-третє, цілісність, коли система розвивається в цілому, випереджаючи розвиток окремих частин, і, в-четвертих, універсальність розвитку людських потенцій, що є самоцінними.

Розвиток особистості не детермінується минулим (в будь-якому його вигляді) і не обмежується ним. Разом із тим, у цьому процесі зберігається

спадкоємність – кожний новий етап є результатом і наслідком попереднього існування. Саме цим і забезпечується неперервність життя психічного в цілому і особистості як його людської форми існування зокрема. Нас цікавлять межі спадкоємності в часі. Концепція життєвої енергії дозволяє відмовитися від дискретності в розумінні існування та розвитку особистості. Ми, врешті-решт, починаємо розуміти зміст метафори, згідно якої розвиток особистості є продовженням існування біологічного в соціальному, а, отже, має історичні характеристики.

Ми замінюємо метафору науковим поняттям: особистість у своєму становленні продовжує історію, бо вона виявляється функцією біосоціальної життєвої енергії, яка опредметнилася в ній і продовжила тим самим своє енергетично-інформаційне існування. Таким чином, особистість, власне, не виникає, а народжується двома особистостями, продовжуючи їх, і тому – й усіх інших людей. І саме тому вона є носієм історії загальної еволюції Всесвіту. Саме звідси універсальність і самоцінність: світ рефлексує себе в особистості; в цьому розумінні, немає більш самодостатньої і значимої цілі існування й творення.

Висновки та перспективи подальших досліджень. У відповідності зі створеною нами оригінальною теоретичною парадигмою, в основі розвитку особистості знаходиться дія життєвої енергії як генетично вихідної одиниці людського розвитку та існування. Будучи інформаційно-енергетичним потоком, життєва енергія специфічно з'єднує біологічні та соціальні детермінанти людського існування і являє собою початкову рухову силу саморозвитку особистості як окремої людської істоти. Суперечлива діалектична єдність біологічного та соціального, свідомого та несвідомого, що здійснюється у «вузлі світу» - особистості. Породжує найважливіші атрибутивні характеристики останньої. Постійна енергетична напруга життєвої енергії створює реальні

умови формування самою особистістю реципрокних механізмів, які, базуючись на потужних соціальних впливах, трансформуються в онтогенезі в біологічні (морфологічні) та психічні структури.

Список використаних джерел

1. Виготський Л. С. Історичний сенс психологічної кризи / Л. С. Виготський // зібрання творів: в 6 т.- М., 1982.- Т.1.
2. Максименко С. Д. Генетична психологія / С. Д. Максименко.- М.: Рефл-бук, Київ: Ваклер, 2000.- 319 с.
3. Максименко С.Д. Генезис існування особистості / С. Д. Максименко.- К.: КММ, 2006.- 240 с.
4. Фрейд З. Розділення психологічної особистості / З. Фрейд // Психологія особистості: хрестоматія.- СПб, 2000.- С. 10-30.
5. Штерн Е. Прикладна психологія / Е. Штерн.- К.: Держвидав України, 1925.- 112 с
6. Юнг К. Г. Тевістокські лекції / К. Г. Юнг.- М.: Рефл-бук, Київ: Ваклер, 1998.- 346 с.
7. Юнг К. Г. Символічне життя / К. Г. Юнг.-М.: Когіто-Центр, 2003.-325 с.

References

1. Vigotsky, L. S. (1982), “*Istoricheskiy smisl sikhologicheskogo krizisa*” [The historical formula of the sychological crisis], creative collection: in 6 volumes, vol. 1, Moscow, Ru.
2. Maksimenko, S. D. (2000), “*Geneticheskaya psikhologiya*” [Genetic psychology, Refl-book, Moscow, Wakler, Kyiv, Ru.
3. Maksimenko, S. D. (2006), *Genezis sushchestvovaniya lichnosti* [Genesis of the existence of personality], KMM, Kyiv, Ru.

4. Freud, Z. (2000), “*Razdeleniye psikhologicheskoy lichnosti*” [Separation of the psychological personality], *Psikhologiya lichnosti: khrestomatiya*, SPb, pp. 10-30, Ru.
5. Stern, E. (1925), “*Prikladnaya psikhologiya*” [Applied Psychology], Guest Publishing House of Ukraine, Kyiv, Ru.
6. Jung, K. G. (1998), “*Tevistokskiy leksii*”, [Tevistock lectures], Repl beech, Moscow, Wackler, Kyiv, Ru/
7. Jung, K. G. (2003), “*Simvolicheskaya zhizn'*“, [Symbolic life], Kogito-Center, Moscow, Ru.

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) 694-18-17

ORCID ID 0000-0002-6615-3072

АЛГОРИТМ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ, АСОЦІЙОВАНИМИ З ГЕНЕТИЧНИМ ДЕФІЦИТОМ ФОЛАТНОГО ЦИКЛУ

Анотація

Мальцев Д. В., кандидат медичних наук, завідувач лабораторії імунології та молекулярної біології НДІ ЕКМ НМУ імені О. О. Богомольця; м. Київ, Україна. **Алгоритм надання медичної допомоги дітям із розладами спектру аутизму, асоційованими з генетичним дефіцитом фолатного циклу.**

Ключові слова: діти, розлади спектру аутизму, генетичний дефіцит фолатного циклу, надання медичної допомоги, протокол.

Постановка проблеми. Регламентування надання медичної допомоги дітям з розладами психіки спектру аутизму, які асоційовані з мутаціями/поліморфізмами генів ензимів циклу фолієвої кислоти, потребувало розробки відповідного алгоритму надання медичної допомоги.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Генетичний дефіцит фолатного циклу – поширений в популяції генетичний розлад, пов'язаний з порушення процесів метилювання ДНК і гіпергомоцистеїнемією, має різні клінічні прояви протягом різних періодів онтогенезу, зумовлюючи розвиток

аутизму у дітей раннього віку. Дані, що містяться у цьому протоколі, базуються на результатах мета-аналізів і систематичних оглядів рандомізованих контрольованих досліджень, власне рандомізованих контрольованих клінічних досліджень та нерандомізованих контрольованих досліджень, опублікованих в міжнародних наукометричних базах даних рецензованих періодичних видань PubMed, Embase, SCOPUS. Інформація, наведена в протоколі, значною мірою ґрунтується на даних, наведених і систематизованих в науковій монографії (Мальцев Д.В. Розлади спектру аутизму у дітей з дефіцитом фолатного циклу, 2016).

Формулювання мети. Мета надання медичної допомоги полягає в забезпеченні прогресу в психічному розвитку та усуненні проявів аутистичності в дитини шляхом забезпечення нейропротекторного і нейрорегенераторного ефектів застосовуваних терапевтичних втручань.

Виклад основного матеріалу. Нейропротекторний ефект полягає в усуненні або пригніченні механізмів пошкодження ЦНС, - здебільшого імунозалежних процесів (системного запалення, опортуністичних та умовно патогенних інфекцій, антинейронального автоімунітету та ін.). Нейрорегенерація є наслідком активації обміну речовин в ЦНС завдяки ноотропній терапії лікарських засобів та стимуляції ремієлінізації при проведенні імуноглобулінотерапії. Медична допомога надається етапно, ступінчасто, згідно з сучасним розумінням патогенезу хвороби. Основний препарат – в/в імуноглобулін людини, який має комплексний позитивний вплив на стан ЦНС дітей з розладами спектру аутизму завдяки протизапальному, імуномодулюючому, антимікробному та ремієлінізуючому впливам. Протягом курсу терапії, цей препарат поєднують з антимікробними, ноотропними, гепато- та імунотропними ліками, засобами детоксикації та метаболічної підтримки в певній послідовності згідно з сучасним розумінням патогенезу хвороби і

результатами параклінічних лабораторних досліджень, що отримують при катамнестичному спостереженні дитини.

Висновки та перспективи подальших досліджень. При оцінці ефективності проведеного лікування і визначенні потреби в подальшій терапії згідно протоколу, враховують комплекс чинників, включаючи динаміку психічних розладів за шкалами оцінки важкості розладів спектру аутизму, динаміку скорочення обсягів зон порушеної мієлінізації на МР-знімках головного мозку, зміни біоелектричної активності кори головного мозку на ЕЕГ, відновлення роботи ШКТ за клінічними даними та результатами копрограми, результати лабораторних параклінічних тестів, включаючи ознаки нормалізації імунного статусу, пригнічення автоімунітету до нейронів та зменшення/усунення аномального мікробного навантаження на організм дитини.

Аннотация

Мальцев Д. В., кандидат медицинских наук, заведующий лабораторией иммунологии и молекулярной биологии НИИ ЭКМ НМУ имени А. А. Богомольца; г. Киев, Украина. **Алгоритм оказания медицинской помощи детям с расстройствами спектра аутизма, ассоциированными с генетическим дефицитом фолатного цикла.**

Ключевые слова: дети, расстройства спектра аутизма, генетический дефицит фолатного цикла, оказания медицинской помощи, протокол.

Постановка проблемы. Регламентирование оказания медицинской помощи детям с расстройствами психики спектра аутизма, которые ассоциированы с мутациями / полиморфизмом генов ферментов цикла фолиевой кислоты, потребовало разработки соответствующего алгоритма оказания медицинской помощи.

Анализ последних исследований и публикаций. Генетический дефицит фолатного цикла - распространенный в популяции генетическое расстройство, связанное с нарушением процессов метилирования ДНК и гипергомоцистеинемией, имеет различные клинические проявления в течение различных периодов онтогенеза, вызывая развитие аутизма у детей раннего возраста. Данные, содержащиеся в этом протоколе, базируются на результатах мета-анализов и систематических обзоров рандомизированных контролируемых исследований, собственно рандомизированных контролируемых клинических исследований и нерандомизированных контролируемых исследований, опубликованных в международных наукометрических базах данных рецензируемых периодических изданий PubMed, Embase, SCOPUS. Информация, приведенная в протоколе, в значительной степени основывается на данных, приведенных и систематизированных в научной монографии (Мальцев Д.В. Расстройства спектра аутизма у детей с дефицитом фолатного цикла, 2016).

Формулировка цели. Цель оказания медицинской помощи состоит в обеспечении прогресса в психическом развитии и устранении проявлений аутистичности у ребенка путем обеспечения нейропротекторного и нейрорегенераторного эффектов применяемых терапевтических вмешательств.

Изложение основного материала. Нейропротекторный эффект заключается в устранении или угнетении механизмов повреждения ЦНС, - в основном иммунозависимых процессов (системного воспаления, оппортунистических и условно патогенных инфекций, антинеуронального аутоиммунитету и др.). Нейрорегенерации является следствием активации обмена веществ в ЦНС благодаря ноотропному терапии лекарственных средств и стимуляции ремиелинизация при проведении иммуноглобулинотерапии. Медицинская помощь оказывается этапно, ступенчато, согласно современным

пониманием патогенеза болезни. Основной препарат - в / в иммуноглобулин человека, который имеет комплексное положительное влияние на состояние ЦНС детей с расстройствами спектра аутизма благодаря противовоспалительным, иммуномодулирующим, антимикробного и ремиелинизирующему воздействиям. В течение курса терапии, этот препарат сочетают с антимикробными, ноотропными, гепато- и иммуностимулирующими лекарствами, средствами детоксикации и метаболической поддержки в определенной последовательности согласно современному пониманию патогенеза болезни и результатами параклинических лабораторных исследований, получают при катamnестическом наблюдении ребенка.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. При оценке эффективности проводимого лечения и определении потребности в дальнейшей терапии согласно протоколу, учитывают комплекс факторов, включая динамику психических расстройств по шкалам оценки тяжести расстройств спектра аутизма, динамику сокращения объемов зон возбужденного миелинизации на МР-снимках головного мозга, изменения биоэлектрической активности коры головного мозга на ЭЭГ, восстановление работы ЖКТ по клиническим данным и результатам копрограммы, результаты лабораторных параклинических тестов, включая признаки нормализации иммунного статуса, угнетение аутоиммунитета к нейронам и уменьшение / устранение аномальной микробной нагрузки на организм ребенка.

Annotation

Maltsev D.V., PhD of Medical Sciences, Head of the Laboratory of Immunology and Molecular Biology of the Bogomolets National Medical University; Kyiv, Ukraine.
Algorithm for Providing Medical Care to Children with Autism Spectrum Disorders Associated with Genetic Deficiency of the Folate Cycle.

Key words: children, autism spectrum disorders, genetic deficiency of the folate cycle, medical care, protocol.

Formulation of the problem. The regulation of medical care for children with mental disorders of the autism spectrum, which are associated with mutations / polymorphisms of genes of folic acid cycle enzymes, required the development of an appropriate algorithm for medical care.

Analysis of recent research and publications. Genetic deficiency of the folate cycle - a common genetic disorder in the population, associated with disruption of DNA methylation and hyperhomocysteinemia, has different clinical manifestations during different periods of ontogenesis, leading to the development of autism in young children. The data contained in this protocol are based on the results of meta-analyzes and systematic reviews of randomized controlled trials, actually randomized controlled clinical trials and non-randomized controlled trials published in international scientometric databases of peer-reviewed periodicals PubMUS, Embase, SCOP. The information provided in the protocol is largely based on the data presented and systematized in a scientific monograph (Maltsev DV Disorders of the autism spectrum in children with folate deficiency, 2016).

Formulating the purpose of the article. The purpose of medical care is to ensure progress in mental development and eliminate the manifestations of autism in children by providing neuroprotective and neuroregenerative effects of therapeutic interventions.

The presentation of the main material. The neuroprotective effect is to eliminate or suppress the mechanisms of CNS damage - mostly immune-dependent processes (systemic inflammation, opportunistic and opportunistic infections, antineuronal autoimmunity, etc.). Neuroregeneration is a consequence of activation of metabolism in the CNS due to nootropic drug therapy and stimulation of remyelination during immunoglobulin therapy. Medical care is provided in stages, in

stages, according to the modern understanding of the pathogenesis of the disease. The main drug is intravenous human immunoglobulin, which has a complex positive effect on the CNS of children with autism spectrum disorders due to anti-inflammatory, immunomodulatory, antimicrobial and remyelinating effects. During the course of therapy, this drug is combined with antimicrobial, nootropic, hepato- and immunotropic drugs, detoxification and metabolic support in a certain sequence in accordance with the current understanding of the pathogenesis of the disease and the results of paraclinical laboratory studies obtained by follow-up.

Conclusions and prospects for further research. When assessing the effectiveness of treatment and determining the need for further therapy according to the protocol, take into account a range of factors, including the dynamics of mental disorders on the scales for assessing the severity of autism spectrum disorders, the dynamics of reduction of myelinated areas on MR images of the brain, changes in bioelectrical activity EEG, restoration of gastrointestinal function according to clinical data and coprogram results, results of laboratory paraclinical tests, including signs of normalization of immune status *su*, suppression of autoimmunity to neurons and reduction / elimination of abnormal microbial load on the child's body.

Ключові слова: діти, розлади спектру аутизму, генетичний дефіцит фолатного циклу, надання медичної допомоги, протокол.

Постановка проблеми. Регламентування надання медичної допомоги дітям з розладами психіки спектру аутизму, які асоційовані з мутаціями/поліморфізмами генів ензимів циклу фолієвої кислоти, потребувало розробки відповідного алгоритму надання медичної допомоги.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дані, що містяться у цьому протоколі, базуються на результатах мета-аналізів і систематичних оглядів

рандомізованих контрольованих досліджень, власне рандомізованих контрольованих клінічних досліджень та нерандомізованих контрольованих досліджень, опублікованих в міжнародних наукометричних базах даних рецензованих періодичних видань PubMed, Embase, SCOPUS [22]. Інформація, наведена в протоколі, значною мірою ґрунтується на даних, наведених і систематизованих в науковій монографії (Мальцев Д.В. Розлади спектру аутизму у дітей з дефіцитом фолатного циклу, 2016).

Генетичний дефіцит фолатного циклу – поширений в популяції генетичний розлад, пов'язаний з порушення процесів метилювання ДНК і гіпергомоцистеїнемією, має різні клінічні прояви протягом різних періодів онтогенезу, зумовлюючи розвиток аутизму у дітей раннього віку [24], на що вказують результати мета-аналізів рандомізованих контрольованих клінічних досліджень 2013 [22] та 2019 років [23]. При дефіциті фолатного циклу відзначається три мішені – ЦНС, кишківник, імунна система [6, 27]. Центральним є ураження імунної системи з формуванням особливої форми імунодефіциту, що в свою чергу обумовлює імунозалежне ураження кишківника і нервової системи [3]. Імунодефіцит опосередковує зниження резистентності до певного переліку мікроорганізмів, що можуть бути причиною безпосереднього ураження мозку, індукції системної запальної реакції з нейротропним ефектом або антинейронального автоімунітету [10]. Спектр відомих небезпечних мікроорганізмів включає віруси групи герпесу, вірус ТТ, мікоплазму і хламідію пневмонії, токсоплазму, ієрсинію, боррелії, кандиду альбіканс, піогенний стрептокок, віруси кору і червінки [6, 7, 15, 19].

Формулювання мети. Мета надання медичної допомоги полягає в забезпеченні прогресу в психічному розвитку та усуненні проявів аутистичності в дитини шляхом забезпечення нейропротекторного і нейрорегенераторного ефектів застосовуваних терапевтичних втручань.

Виклад основного матеріалу. Нейропротекторний ефект полягає в усуненні або пригніченні механізмів пошкодження ЦНС, - здебільшого імунозалежних процесів (системного запалення, опортуністичних та умовно патогенних інфекцій, антинейронального автоімунітету та ін.) [10]. Нейрорегенерація є наслідком активації обміну речовин в ЦНС завдяки ноотропній терапії лікарських засобів та стимуляції ремієлінізації при проведенні імуноглобулінотерапії. Медична допомога надається етапно, ступінчасто згідно з сучасним розумінням патогенезу хвороби [4]. Основний препарат – в/в імуноглобулін людини, який має комплексний позитивний вплив на стан ЦНС дітей з розладами спектру аутизму завдяки протизапальному, імуномодуючому, антимікробному та ремієлінізуючому впливам [1, 8, 9, 10, 11, 14, 18, 20, 21]. Протягом курсу терапії цей препарат поєднують з антимікробними, ноотропними, гепато- та імунотропними ліками, засобами детоксикації та метаболічної підтримки в певній послідовності згідно з сучасним розумінням патогенезу хвороби і результатами параклінічних лабораторних досліджень, що отримують при катамнестичному спостереженні дитини.

Обстеження при первинному огляді (з щомісячним повторенням для контролю ефективності лікування до моменту нормалізації порушених показників):

- ЗАК з формулою [3]
- Пакет 30.1. Комплексне імунологічне обстеження [3]
- Гомоцистеїн [24]
- Аміак [24]
- ЛДГ [13]
- Бікарбонати [13]
- ПЛР віруси родини герпесу, ТТ-вірус (клітини крові) [6, 19, 25]

- АСЛО [15]
- ПЛР. Генетика. Фолатний цикл [24]
- Сечова кислота [13]
- Вітаміни В6, В12 [24]
- Фолієва кислота [24]
- Антитіла до глутамінокислої декарбоксилази, калієвих каналів нейронів, амфіфізину, рецепторів до N-метил-D-аспарату, рецепторів гамааміномасляної кислоти [10]

Обстеження після першого місячного курсу терапії (з щомісячним повторенням для контролю ефективності лікування до моменту нормалізації порушених показників):

- Блот-аналіз на борреліоз [7]
- Блот-аналіз на ієрсиніоз [7]
- IgA до токсоплазми (кров) [19]
- IgM до мікоплазми і хламідії пневмонії (кров) [19]
- Генетичний тест на гемохроматоз [6, 7]
- Спектральний аналіз на мікроелементний склад волосся [6, 7]
- IgG до аскарид, лямблій, токсокар, опісторхіїв, стронгілоїд [4]
- Антинуклеарні антитіла (метод IFT) [10]
- Фактор некрозу пухлини альфа [17]
- Інтерлейкін 6 [17]
- Тироксин (загальний) [4]
- 0(25) дигідроксिवітамін D3 [4]

Лабораторні тести повторюють щомісяця напередодні кожної чергової консультації. Їх перелік визначається отриманими патологічними відхиленнями при первинному тестуванні. Протягом всього курсу медикаментозної терапії

важливі заняття зі спеціально підготовленими педагогами, логопедом-дефектологом. Базовою є безглютенова/безказеїнова дієта.

I етап. Підготовча терапія (за 1 місяць до початку імуноглобулінотерапії і протягом 3-4 місяців протягом курсу імунотерапії).

Завдання етапу: знизити мікробне навантаження, відновити імунний статус та роботу кишківника, усунути прояви інтоксикації та дисметаболізму, пригнітити системне запалення та антинеурональний автоімунітет.

1. Антимікробна терапія під контролем результатів ПЛР, мікробіологічних і серологічних тестів, блот-аналізу:

- При герпесвірусних інфекціях валганцикловір по 450 мг 2 рази на добу 1-ий день і 1 раз на добу 2-и день і т.д. протягом 30 діб; при недостатній ефективності – збільшити дозу до по 450 мг двічі на добу щоденно перорально протягом 2-3 місяців поспіль під контролем ПЛР крові [4].

- При стрептококовій інфекції Біцилін-5 (пролонгований бензилпеніцилін) в/м 1 раз на тиждень протягом 3-4 місяців в вигляді монотерапії або комбінації з Азитроміцином в дозі 250-500 мг 1 раз на добу протягом 3 днів поспіль з подальшим 4-х денною перервою і т.д. по схемі 3:4 протягом 3-4 місяців поспіль (12 таблеток на місяць) [15].

- При кандидозі Флуконазол по 50 мг двічі на добу перорально протягом 5-7 діб підряд двома курсами з 7-14 денною перервою до негативізації результатів тестів на кандиду [4].

2. Компенсація імунодефіциту (переважно – дефіциту НК і/або НКТ-клітин) під контролем даних імунограми.

- Пропес по 2 мл в/м через день на ніч №45 [2, 5]
- Інфламафертин по 2 мл в/м через день на ніч №45, чергуючи з Пропесом [2,5]

- Трансфер фактор класичний по 2 капсули 3 рази на добу перорально під час їжі 3-4 місяці [25]

3. Гепатопротекторна терапія під контролем результатів печінкових тестів, включаючи ЛДГ.

- Гепаризин по 250 мг тричі на добу під час їжі протягом 5-6 місяців [13]
- Адеметіонін по 500 мг двічі на добу під час їжі протягом 5-6 місяців [13]
- Гепанекс по 1 капс 3 рази на добу перорально після їжі протягом 3-4 місяців поспіль [13]

4. Детоксикаційна, метаболічна терапія (для усунення гіпергомоцистеїнемії, гіперамоніємії та інших порушень) під контролем сироваткових концентрацій гомоцистеїну, аміаку, сечової кислоти, бікарбонатів.

- ThorneResearchB-комплекс #12 по 1 капсулі двічі на добу протягом 1-3 місяців поспіль [13]

- 1-MTHF (метилфолат) по 1 капсулі двічі на добу перорально протягом 1-3 місяців поспіль [26]

- Форселів по 1 капсулі тричі на добу протягом 1-3 місяців поспіль [13]
- L-карнітин по 1 капс 2-3 рази на добу для усунення проявів мітохондріальної дисфункції [13]

5. Відновлення роботи кишківнику (клінічний контроль, копрограма)

- Безглютенова і безказеїнова дієта протягом всього курсу лікування [16]
- Пре(о)біотик по 1 стіку 1 раз на добу натще протягом 1-3 місяців поспіль [12]
- Дигестивні ензими по 1 капс 3 рази на добу протягом 1-3 місяців поспіль [12]

II. Етап. Основна терапія. Імуноглобулінотерапія.

Завдання етапу: забезпечити нейропротекторний та нейрогенераторний ефекти за рахунок протизапальних, толерогенних, імуномодулюючих,

детоксикаційних, протимікробних та ремієлінізуючих властивостей імуноглобуліну для зменшення проявів енцефалопатії, асоційованої з дефіцитом фолатного циклу, і досягнення прогресу в психічному розвитку дитини.

Нормальний в/в імуноглобулін людини в дозі 2 г/кг/міс протягом 6 міс. поспіль курсами по 3-5 діб з 27-25-денними інтервалами з подальшими аналогічними 3-х місячними курсами, розділеними 2-3-х місячними інтервалами, під клінічним та МР-, ЕЕГ-контролем (дозу коригують за сироватковою концентрацією IgG) [1, 8, 9, 10, 11, 14, 18, 20, 21].

III етап. Ноотропна терапія. Нейрореабілітація. (починаючи з 4-го місяця імуноглобулінотерапії та протягом 1-2 місяців після її завершення, якщо інше не продиктоване індивідуальними результатами параклінічних досліджень та клінічною відповіддю на терапію).

Завдання етапу: посилити нейрональний обмін речовин та індукувати процеси нейропластичності в ЦНС для підвищення нейротропного ефекту імуноглобулінотерапії щодо досягнення прогресу в психічному розвитку дитини.

- Цереброкурин 2,0 мл в/м через день зранку №15 з подальшим підвищенням дози до 2,0 мл в/м щоденно №30, а потім зниження дози до 2,0 мл в/м через день зранку №15 [4]

- Дельталіцин по 1 флакону (вміст розчинити на 10 крапель кип'яченої води) закрапувати в ніс щоденно ввечері за 15-60 хвилин протягом 90 діб поспіль [4]

- Дифосфочин 1000 мг (4 мл) в/м через день зранку №15 з подальшим підвищенням дози до 1000 мг (4 мл) в/м щоденно №30, а потім зниження дози до 1000 мг (4 мл) в/м через день зранку №15, чергуючи з Цереброкурином [4]

- Гамма-аміномасляна кислота по 1500 мг/добу перорально в три прийоми протягом 3 місяців поспіль [4]

- Можна поєднувати ноотропи з мікрополяризацією мозку, біоакустичною корекцією, гіпербаричною оксигенацією та іншими реабілітаційними процедурами.

Консультації дитячого психіатра, психолога на 1, 3 і 6 місяці терапії для контролю динаміки психічного статусу дитини.

УЗД імунних органів на 1, 3, 6 місяці терапії для контролю стану органів імунної системи

ЕЕГ на 1, 3, 6 місяці терапії для виключення епілептичної активності.

МРТ головного мозку без контрасту в конвенційних режимах (величина магнітної індукції томографу не менше 1,5 Тл) до і після курсу імунотерапії для контролю динаміки ремієлінізації білої речовини півкуль великого мозку.

Висновки та перспективи подальших досліджень. При оцінці ефективності проведеного лікування і визначенні потреби в подальшій терапії згідно протоколу, враховують комплекс чинників, включаючи динаміку психічних розладів за шкалами оцінки важкості розладів спектру аутизму, динаміку скорочення обсягів зон порушеної мієлінізації на МР-знімках головного мозку, зміни біоелектричної активності кори головного мозку на ЕЕГ, відновлення роботи ШКТ за клінічними даними та результатами копрограми, результати лабораторних параклінічних тестів, включаючи ознаки нормалізації імунного статусу, пригнічення автоімунітету до нейронів та зменшення/усунення аномального мікробного навантаження на організм дитини.

Список використаних джерел

1. Мальцев Д. В. Ефективність і безпечність високодозової в/в імуноглобулінотерапії у дітей з розладами спектру аутизму, асоційованими з

генетичним дефіцитом фолатного циклу / Д. В. Мальцев // Лікарська справа.– 2017.– №8.– С.8– 24.

2. Мальцев Д. В. Ефективність комбінованої імунотерапії Пропесом та Інфламафертином при дефіциті природних кірців та природних кілерних Т-лімфоцитів, асоційованих з генетичним дефіцитом фолатного циклу // Матеріали Науково-практичної конференції «Нові досягнення в імунології та алергології», 15-16 вересня 2017 року, м. Київ / Д. В. Мальцев // Імунологія та алергологія.– 2017.- № 1-2.- С. 26.

3. Мальцев Д. В. Оцінка імунного статусу в дітей з розладами спектру аутизму, асоційованими з генетичним дефіцитом фолатного циклу / Д. В. Мальцев // Лікарська справа.– 2018.– №1-2.– С. 11–23.

4. Мальцев Д. В. Етапне ведення розладів аутистичного спектру, асоційованих із генетичним дефіцитом фолатного циклу / Д. В. Мальцев // Міжнародний неврологічний журнал.– 2016.– №2 (80).– С. 151–158.

5. Мальцев Д. В. Ефективність імунотерапії при дефіциті природних кілерів та/або природних кілерних Т-лімфоцитів у людей / Д. В. Мальцев // Матеріали тез доповідей науково-практичної конференції «Епідеміологія, імунопатогенез, діагностика, лікування хламідіозу і TORCH-інфекцій» (23-24 листопада 2016 року, м. Київ): Імунологія та алергологія. Додаток.– 2016.– №1.– С. 6–7.

6. Binstock T. Anterior insular cortex: linking intestinal pathology and brain function in autism-spectrum subgroups / T. Binstock // Med. Hypotheses. – 2001. – Vol. 57(6). – P. 714–717.

7. Binstock T. Intra-monocyte pathogens delineate autism subgroups \ T. Binstock // Med. Hypotheses. – 2001. – Vol. 56(4). – P. 523–531.

8. Boris M. Improvement in children with autism treated with intravenous gamma globulin / Boris M., Goldblatt A., Edelson S.M., Edelson PA-C. // J. Nutr. Environ. Medicine. – 2006. – Vol. 15 (4). – P. 1.

9. Bradstreet J. High dose intravenous immunoglobulin improves symptoms in children with autism / Bradstreet J., Singh V.K., El-Dahr J. // The international symposium on autism.– Dec. 28, 1999.– Atnhem, Netherlands.
10. Connery K. Intravenous immunoglobulin for the treatment of autoimmune encephalopathy in children with autism / Connery K., Tippett M., Delhey L.M. // *Transl. Psychiatry.* – 2018 – Vol. 8(1). – P. 148.
11. DelGiudice-Asch G. Brief report: a pilot open clinical trial of intravenous immunoglobulin in childhood autism / DelGiudice-Asch G., Simon L., Schmeidler J. // *J. Autism Dev. Disord.* – 1999. – Vol. 29(2). – P. 157–160.
12. Fattorusso A. Autism Spectrum Disorders and the Gut Microbiota / Fattorusso A., Di Genova L., Dell'Isola G.B. et al. // *Nutrients.* – 2019. – Vol. 11(3). – pii: E521.
13. Grechanina Y. Successful Rehabilitation of Patient Disabled by the Autistic Spectrum Disorder and the Modified Epigenetic Status (Polymorphisms DRD2 2137 T/T, MTRR 66 A/G, MTHFR 677 C/T, MTHFR 1298 A/C) - Case Report / Grechanina Y., Bugaeva E., Lisniak S. et al. // *Georgian Med. News.*– 2019.– Vol. 290. – P. 124–127.
14. Gupta S. Treatment of children with autism with intravenous immunoglobulin / S. Gupta // *J. Child. Neurol.* – 1999. – Vol. 14(3). – P. 203–205.
15. Jyonouchi H. Immunological characterization and transcription profiling of peripheral blood (PB) monocytes in children with autism spectrum disorders (ASD) and specific polysaccharide antibody deficiency (SPAD): case study / Jyonouchi H., Geng L., Streck D.L., Toruner G.A. // *J. Neuroinflammation.* – 2012. – Vol. 9. – P. 4.
16. Marí-Bauset S. Evidence of the gluten-free and casein-free diet in autism spectrum disorders: a systematic review / Marí-Bauset S., Zazpe I., Mari-Sanchis A. et al. // *J. Child. Neurol.* – 2014. – Vol. 29(12). – P. 1718–1727.

17. Masi A. Cytokine aberrations in autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis / Masi A., Quintana D.S., Glozier N. et al. // *Mol. Psychiatry*. – 2015. – Vol.20(4). – P. 440–446.
18. Melamed I. R. A pilot study of high-dose intravenous immunoglobulin 5% for autism: Impact on autism spectrum and markers of neuroinflammation / Melamed I. R., Heffron M., Testori A., Lipe K. // *Autism Res.*- 2018.- Vol. 11(3).-P. 421-433.
19. Nicolson G. L. Evidence for *Mycoplasma ssp.*, *Chlamydia pneumoniae*, and human herpes virus-6 coinfections in the blood of patients with autistic spectrum disorders / Nicolson G.L., Gan R., Nicolson N.L., Haier J. // *J. Neurosci Res.* – 2007. – Vol. 85(5). – P. 1143–1148.
20. Niederhofer H. Immunoglobulins as an alternative strategy of psychopharmacological treatment of children with autistic disorder / Niederhofer H., Staffen W., Mair A. // *Neuropsychopharmacology*.- 2003.- Vol. 28(5).- P. 1014–1015.
21. Plioplys A.V. Intravenous immunoglobulin treatment of children with autism \ Plioplys A.V. // *J. Child. Neurol.* – 1998. – Vol. 13(2). – P. 79–82.
22. Pu D., Shen Y., Wu J. Association between MTHFR gene polymorphisms and the risk of autism spectrum disorders: a meta-analysis / Pu D., Shen Y., Wu J. // *Autism Res.* – 2013. – Vol. 6(5). – P. 384–392.
23. Sadeghiyeh T. Association of MTHFR 677C>T and 1298A>C polymorphisms with susceptibility to autism: A systematic review and meta-analysis / Sadeghiyeh T., Dastgheib S.A., Mirzaee-Khoramabadi K. et al. // *Asian. J. Psychiatr.* – 2019. – Vol. 46. – P. 54–61.
24. Shaik Mohammad N. Clinical utility of folate pathway genetic polymorphisms in the diagnosis of autism spectrum disorders / Shaik Mohammad N., Sai Shruti P., Bharathi V., Krishna Prasad C. et al.//*Psychiatr. Genet.*–2016.–Vol.26(6).–P.281–286.

25. Stubbs E.G. Transfer factor immunotherapy of an autistic child with congenital cytomegalovirus / Stubbs E.G, Budden S.S., Burger D.R. // J. Autism Dev. Disord. – 1980. – Vol. 10(4). – P. 451–458.

26. Siscoe K. S. L-Methylfolate supplementation in a child with autism and methyltetrahydrofolate reductase, enzyme gene C677TT allele / Siscoe K.S., Lohr W.D. // Psychiatr. Genet. – 2017. – Vol. 27(3). – P. 116–119.

27. Torrente F. Small intestinal enteropathy with epithelial IgG and complement deposition in children with regressive autism / Torrente F., Ashwood P., Day R. et al. // Mol. Psychiatry. – 2002. – Vol. 7(4). – P. 375–382.

References

1. Maltsev, D. V. (2017), "Efficacy and safety of high-dose IV immunoglobulin therapy in children with autism spectrum disorders associated with genetic deficiency of the folate cycle", *Likars'ka sprava*, vol. 8, pp. 8-24, Uk.

2. Maltsev, D. V. (2017), "Efficacy of combined immunotherapy with Propes and Inflamafertin in the deficiency of natural kings and natural killer T-lymphocytes associated with genetic deficiency of the folate cycle", *Materalny Naukovo-prpaktychnoyi konferentsiyi «Novi dosyahnennya v imunolohiyi ta alerholohiyi», 15-16 veresnya 2017 roku, m. Kyiv: Imunolohiya ta alerholohiya*, vol.1-2, P. 26, Uk.

3. Maltsev, D. V. (2018), "Assessment of immune status in children with autism spectrum disorders associated with genetic deficiency of the folate cycle", *Likars'ka sprava*, vol. 1-2, pp. 11–23, Ru.

4. Maltsev, D. V. (2016), "Stage management of autism spectrum disorders associated with genetic deficiency of the folate cycle", *Mizhnarodnyy nevrolohichnyy zhurnal*, vol. 2 (80), pp. 151–158, Ru.

5. Maltsev, D.V. (2016), "Effectiveness of immunotherapy, etc., deficiency of natural killers and / or natural killer T-lymphocytes in humans", *Imunolohiya ta alerholohiya*, vol. 1, pp. 6–7, Ru.

6. Binstock, T. (2001), “Anterior insular cortex: linking intestinal pathology and brain function in autism-spectrum subgroups”, *Med. Hypotheses*, vol. 57 (6), pp. 714–717, En.
7. Binstock, T. (2001), “Intra-monocyte pathogens delineate autism subgroups”, *Med. Hypotheses*, vol. 56 (4), pp. 523–531, En.
8. Boris, M. Goldblatt, A. Edelson, S. M. Edelson, PA-C. (2001), “Improvement in children with autism treated with intravenous gamma globulin”, *J. Nutr. Environ. Medicine*, vol. 15 (4), P. 1, En.
9. Bradstreet, J. Singh, V. K. El-Dahr, J. (1999), “High dose intravenous immunoglobulin improves symptoms in children with autism”, *The international symposium on autism*, Atnhem, Netherlands, En.
10. Connery, K. Tippett, M. Delhey, L. M. “Intravenous immunoglobulin for the treatment of autoimmune encephalopathy in children with autism”, *Transl. Psychiatry*, vol. 8 (1), P. 148, En.
11. 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, En.
12. Fattorusso, A. Di Genova, L. Dell'Isola, GB. et al. (2019), “Autism Spectrum Disorders and the Gut Microbiota”, *Nutrients*, vol. 11 (3), more: E521, En.
13. Grechanina, Y. Bugaeva, E. Lisniak, S. et al. (2019), “Successful Rehabilitation of Patient Disabled by the Autistic Spectrum Disorder and the Modified Epigenetic Status (Polymorphisms DRD2 2137 T / T, MTRR 66 A / G, MTHFR 677 C / T, MTHFR 1298 A / C) - Case Report”, *Georgian Med. News*, vol. . 290, pp.. 124–127, En.
14. Gupta, S. (1999), “Treatment of children with autism with intravenous immunoglobulin”, *J. Child. Neurol.* , vol. 14 (3), pp. 203–205, En.

15. Jyonouchi, H. Geng, L. Streck, D. L. Toruner, G. A. (2012), “Immunological characterization and transcription profiling of peripheral blood (PB) monocytes in children with autism spectrum disorders (ASD) and specific polysaccharide antibody deficiency (SPAD): case study”, *J. Neuroinflammation*, vol. 9, P. 4, En.
16. Mari-Bauset, S. Zazpe, I. Mari-Sanchis, A. et al. (2014), “Evidence of the gluten-free and casein-free diet in autism spectrum disorders: a systematic review”, *J. Child. Neurol.*, vol. 29 (12), pp. 1718–1727, En.
17. Masi, A. Quintana, D. S. Glozier, N. et al. (2015), “Cytokine aberrations in autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis”, *Mol. Psychiatry*, vol.20 (4), pp. 440–446, En.
18. Melamed, I. R. Heffron, M. Testori, A. Lipe, K. (2018), “A pilot study of high-dose intravenous immunoglobulin 5% for autism: Impact on autism spectrum and markers of neuroinflammation”, *Autism Res.*, vol. 11 (3), pp. 421-433, En.
19. Nicolson, G. L. Gan, R. Nicolson, N. L. Haier, J. (2007), “Evidence for Mycoplasma spp., 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, En.
20. Niederhofer, H. Staffen, W. Mair, A. (2—3), “Immunoglobulins as an alternative strategy of psychopharmacological treatment of children with autistic disorder”, *Neuropsychopharmacology*, vol. 28 (5), pp. 1014–1015, En.
21. Plioplys, A.V. (1998), “Intravenous immunoglobulin treatment of children with autism”, *J. Child. Neurol.*, vol. 13 (2), pp. 79–82, En.
22. 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, En.
23. Sadeghiyeh, T. Dastgheib, S. A. Mirzaee-Khoramabadi, K. et al. (2019), “Association of MTHFR 677C>T and 1298A>C polymorphisms with susceptibility to

autism: A systematic review and meta-analysis”, *Asian. J. Psychiatr.*, vol. 46, pp. 54-61, En.

28. Shaik, Mohammad N. Sai, Shruti P. Bharathi, V. Krishna, Prasad C. et al. (2016), “Clinical utility of folate pathway genetic polymorphisms in the diagnosis of autism spectrum disorders”, *Psychiatr. Genet.*, vol. 26(6), pp. 281–286, En.

29. Stubbs, E. G. Budden, S. S. Burger, D. R. (1980), “Transfer factor immunotherapy of an autistic child with congenital cytomegalovirus”, *J. Autism Dev. Disord.*, vol. 10(4), pp. 451–458, En.

30. Siscoe, K. S. Lohr, W. D. (2017), “L-Methylfolate supplementation in a child with autism and methyltetrahydrofolate reductase, enzyme gene C677TT allele”, *Psychiatr. Genet.*, vol. 27(3), pp.116–119, En.

31. Torrente, F. Ashwood, P. Day, R. et al. (2002), “Small intestinal enteropathy with epithelial IgG and complement deposition in children with regressive autism”, *Mol. Psychiatry*, vol. 7(4), pp. 375–382, En.

УДК 159.923.5

Філатова Оксана Аркадіївна, доктор медичних наук, доцент, професор кафедри медичної психології ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом»; 02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна; hlaalu@ukr.net; +38 (067) 755-90-00

ORCID ID 0000-0001-8439-0779

ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНОГО ПСИХОЛОГА

Анотація

Філатова О. А., доктор медичних наук, доцент, професор кафедри медичної психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП»; м. Київ, Україна. **Формування комунікативної компетентності медичного психолога.**

Ключові слова: комунікативна компетентність, медичний психолог, психотерапія, психокорекція, афіліація, емоційне вигорання.

Постановка проблеми. Комунікативна компетентність медичного психолога є однією з складових його професійної діяльності, яка забезпечує можливість створення оптимальних терапевтичних стосунків в діаді «консультант – хворий» та обумовлює високий рівень психотерапевтичної та психокорекційної роботи.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Як свідчать дані вітчизняних та зарубіжних авторів, важливою умовою успішності комунікативної взаємодії між консультантом та пацієнтом стає оперування фахівцем цілим рядом як спеціальних медичних та психологічних знань, так і знань про правила організації спілкування, способах трансляції та адекватної інтерпретації

інформації, що надається, про особливості мовної поведінки пацієнтів, про потенційні комунікативні перешкоди, про засоби створення сприятливої психоемоційної атмосфери.

Формулювання мети статті. Розвиток комунікативної компетентності повинен починатися з перших кроків студента-медичного психолога на шляху оволодіння професією.

Виклад основного матеріалу. Виборка дослідження складала 214 медичних психологів віком від 28 до 42 років, які висловлювали скарги, що під час клінічного інтерв'ю і протягом робочих сесій хворі виплескують весь накопичений негатив, агресію, роздратування. Катарсис, пережитий пацієнтом, обертається для психологів когнітивними перевантаженнями, емоційним виснаженням, підсвідомим бажанням відгородитися від лавини чужого не відреагованого матеріалу. Скаргами були: психоемоційне напруження, яке супроводжується тривогою, має динамічний характер, з коливаннями глибини переживань в залежності від загального тону і зовнішніх обставин; невдоволення собою, обраною професією; слабку комунікативну компетентність, недостатній розвиток фахової інтуїції. Обстежені відмічали в собі жорстку інтеріоризацію обов'язків, ригідність рольового репертуару, невміння регулювати обставини діяльності, підвищене почуття відповідальності.

Висновки та перспективи подальших досліджень. З метою підвищення рівню комунікативної компетентності використовуються особистісно-орієнтовні методики, які спрямовані на розвиток соціальної перцепції, поглиблення емпатії, вироблення вміння протистояти стресовим ситуаціям за допомогою адаптивних копінг-стратегій.

Анотація

Филатова О. А., доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры медицинской психологии ЧАО «ВУЗ «МАУП»; г. Киев, Украина.

Формирование коммуникативной компетентности медицинского психолога.

Ключевые слова: коммуникативная компетентность, медицинский психолог, психотерапия, психокоррекция, аффилиация, эмоциональное выгорание.

Постановка проблемы. Коммуникативная компетентность медицинского психолога является одной из составляющих его профессиональной деятельности, которая обеспечивает возможность создания оптимальных терапевтических отношений в диаде «консультант - больной» и обуславливает высокий уровень психотерапевтической и психокоррекционной работы.

Анализ последних исследований и публикаций. Как свидетельствуют данные отечественных и зарубежных авторов, важным условием успешности коммуникативного взаимодействия между консультантом и пациентом становится оперирование специалистом целым рядом как специальных медицинских и психологических знаний, так и знаний о правилах организации общения, способах трансляции и адекватной интерпретации информации, которая предоставляется, об особенностях языкового поведения пациентов, о потенциальных коммуникативных препятствиях, о средствах создания благоприятной психоэмоциональной атмосферы.

Формулировка цели статьи. Развитие коммуникативной компетентности должно начинаться с первых шагов студента-медицинского психолога на пути овладения профессией.

Изложение основного материала. Выборка исследования составила 214 медицинских психологов в возрасте от 28 до 42 лет, которые высказывали жалобы, что во время клинического интервью и в течение рабочих сессий

больные выплескивают на них весь накопленный негатив, агрессию, раздражение. Катарсис, пережитый пациентом, оборачивается для психологов когнитивными перегрузками, эмоциональным истощением, подсознательным желанием отгородиться от лавины чужого неотрагированного материала. Жалобами были: психоэмоциональное напряжение, которое сопровождается тревогой, имеет динамический характер, с колебаниями глубины переживаний в зависимости от общего тонуса и внешних обстоятельств; недовольство собой, избранной профессией; слабая коммуникативная компетентность, недостаточное развитие профессиональной интуиции. Обследованные отмечали в себе жесткую интериоризацию обязанностей, ригидность ролевого репертуара, неумение регулировать обстоятельства деятельности, повышенное чувство ответственности.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. С целью повышения уровня коммуникативной компетентности используются личностно-ориентированные методики, направленные на развитие социальной перцепции, углубление эмпатии, выработки умения противостоять стрессовым ситуациям с помощью адаптивных копинг-стратегий.

Annotation

Filatova O. A., PhD, MD, Associate Professor, Professor of The Medical Psychology Department, The Private Joint-Stock Company “Higher Educational Institution “Interregional Academy of Personnel Management”; Kyiv, Ukraine. **Formation of Communicative Competence of a Medical Psychologist.**

Key words: communicative competence, medical psychologist, psychotherapy, psychocorrection, affiliation, emotional burnout.

Formulation of the problem. The communicative competence of a medical psychologist is one of the components of his professional activity, which provides the

opportunity to create optimal therapeutic relationships in the dyad “consultant - patient” and determines a high level of psychotherapeutic and psycho-correctional work.

Analysis of recent research and publications. According to the data of domestic and foreign authors, an important condition for the success of the communicative interaction between the consultant and the patient is the specialist’s operation of a whole range of both special medical and psychological knowledge, as well as knowledge of the rules for organizing communication, methods of translation and adequate interpretation of the information that is provided, about the features of language patient behavior, about potential communicative obstacles, about the means of creating a favorable psycho-emotional atmosphere.

Formulating the purpose of the article. The development of communicative competence should begin with the first steps of a student-medical psychologist on the path to mastering the profession.

The presentation of the main material. The sample of the study was 214 medical psychologists aged 28 to 42 years who complained that during clinical interviews and during working sessions, patients pour out all the accumulated negativity, aggression, irritation on them. The catharsis experienced by the patient turns for psychologists to cognitive overload, emotional exhaustion, a subconscious desire to isolate themselves from the avalanche of alien unreacted material. Complaints were: psycho-emotional stress, which is accompanied by anxiety, is dynamic in nature, with fluctuations in the depth of experience depending on the general tone and external circumstances; dissatisfaction with oneself, a chosen profession; poor communicative competence, insufficient development of professional intuition. The surveyed noted a strict internalization of responsibilities, the rigidity of the role repertoire, the inability to regulate the circumstances of the activity, and an increased sense of responsibility.

Conclusions and prospects for further research. In order to increase the level of communicative competence, personality-oriented techniques are used to develop social perception, deepen empathy, and develop the ability to withstand stressful situations using adaptive coping strategies.

Ключові слова: комунікативна компетентність, медичний психолог, психотерапія, психокорекція, афіліація, емоційне вигорання.

Постановка проблеми. Комунікативна компетентність медичного психолога є професійно значущою якістю. Фаховий функціонал медичного психолога передбачає в тій чи іншій мірі інтенсивне, диференційоване і тривале спілкування з хворими, їх родичами, медичним персоналом – від сестринської ланки і санітарних працівниць до головних лікарів, керівників медичних установ. Від уміння спілкуватися, встановлювати і розвивати взаємини з людьми, багато в чому залежить професійна успішність медичного психолога та його внутрішній стан. Психологічний комфорт при контактах з хворими, впевненість у собі як у фахівці та людині, панорамне мислення при відсутності жорстких шаблонів, допомагає точніше зібрати сімейний анамнез, отримати більш повне і глибоке уявлення про пацієнта. Вміння спілкуватися, або комунікативна компетентність, забезпечує взаєморозуміння, довіру у відносинах, ефективність у вирішенні поставлених завдань [1].

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Якщо пацієнт довіряє своєму консультанту, не сумніваючись у правильності психологічної діагностики і адекватності психотерапевтичних заходів та психокорекції, то він буде ретельніше виконувати настанови, без побоювань пройде всі необхідні діагностичні та психотерапевтичні процедури. За відсутності психологічного контакту пацієнт, здебільшого, не вважає за потрібне дотримуватися рекомендацій консультанта, нерідко просить поради у інших психологів,

займається самолікуванням у вигляді будь-яких «духовних практик», звертається до представників альтернативної медицини.

До речі, психологічна сторона відносин «хворий – медичний психолог» важлива і в умовах платного консультування, коли пацієнт виступає в ролі «замовника» та оплачує «послуги». У цьому випадку він орієнтується не тільки на «професіоналізм», рекламу навколо того чи іншого консультанта, а й на суто людські, особистісні якості: його зовнішність, стиль спілкування, мову, поведінкові патерни, наскільки він вселяє довіру і повагу, уважний і чуйний, розташовує до себе, чи викликає бажання й надалі спілкуватися. В окремих випадках (особливо це стосується хворих з невротичними розладами, онкохворих та пацієнтів з персоногенними хворобами), психологічні якості консультанта для хворого більш важливі, ніж професійні знання, уміння, навички.

Комунікативна компетентність передбачає не тільки наявність обов'язкових психологічних знань (наприклад, про типи особистості, про види переживань і реагування на стрес у різних людей залежно від темпераменту, про специфіку зв'язку між типами статури і особливостями психічного складу і т.п.), а й сформованість деяких спеціальних навичок: вміння встановлювати контакт, вислуховувати, «читати» невербальну мову тіла, будувати бесіду, формулювати питання. Важливо також володіння спеціалістом власними емоціями, здатність зберігати впевненість і зовнішній спокій, контролювати свої реакції і поведінку в цілому. Адекватна комунікація передбачає правильне, емпатійне розуміння хворого і відповідне реагування на його поведінку. Незалежно від того, в якому душевному стані знаходиться пацієнт, чи відчуває він гнів або печаль, занепокоєння, тривогу або відчай, медичний психолог повинен вміти з ним взаємодіяти, адекватно будувати відносини, бути активним та конструктивно наполегливим, домагаючись вирішення професійних завдань.

Фахова комунікація, як специфічний дискурс, відрізняється двокомпонентністю комунікативної мети, що включає інструментальну і терапевтичну складові. В основі комунікативної діяльності медичного психолога лежать деонтологічні принципи – поваги до пацієнта, правдивості, гуманізму. Спілкування в даній сфері цілеспрямовано організується фахівцем в рамках якої-небудь з вироблених і прийнятих в соціумі інтерактивних моделей (патерналістської, споживчої (в умовах платної медицини), моделі інформованого прийняття рішення (або спільного прийняття рішення) і підходів (нозоцентрованого або пацієнтцентрованого).

Формулювання мети статті. Розвиток комунікативної компетентності повинен починатися з перших кроків студента-медичного психолога на шляху оволодіння професією.

Виклад основного матеріалу. Виборка дослідження складала 214 медичних психологів віком від 28 до 42 років, яки висловлювали скарги, що під час клінічного інтерв'ю і протягом робочих сесій хворі виплескують весь накопичений негатив, агресію, роздратування. Катарсис, пережитий пацієнтом, обертається для психологів когнітивними перевантаженнями, емоційним виснаженням, підсвідомим бажанням відгородитися від лавини чужого не відреагованого матеріалу. Скаргами були: психоемоційне напруження, яке супроводжується тривогою, має динамічний характер, з коливаннями глибини переживань в залежності від загального тону і зовнішніх обставин; невдоволення собою, обраною професією; слабку комунікативну компетентність, недостатній розвиток фахової інтуїції.

Обстежені відмічали в собі жорстку інтеріоризація обов'язків, ригідність рольового репертуару, невміння регулювати обставини діяльності, підвищене почуття відповідальності.

У зв'язку з цим, професійно значущою якістю медичного психолога є комунікативна толерантність (як один з аспектів комунікативної компетентності), тобто – терпимість, поблажливість та ін. Комунікативна толерантність показує, в якій мірі консультант контейнує суб'єктивно небажані, неприйнятні для нього індивідуальні особливості пацієнтів, негативні якості, небажані вчинки, звички, чужі стилі поведінки й стереотипи мислення. Хворий може викликати різні почуття, симпатію або антипатію, навіть, внутрішній гнів – але в кожному разі психологічна підготовка консультанта повинна допомогти впоратися з ситуацією, запобігти конфлікту або виникненню неформальних відносин, коли замість рольової структури «консультант – хворий» виникають відносини близької дружби, надмірної відвертості збоку фахівця, залежності, любові. Комунікативна компетентність у професійній діяльності означає вміння не тільки психологічно правильно будувати відносини з хворим, але і здатність у процесі цих відносин залишатися в рамках професійної етики.

Психологічні характеристики, що формують комунікативну компетентність, тобто вміння спілкуватися, встановлювати і розвивати взаємини з іншими людьми, формуються в процесі взаємодії з оточуючими, у міру накопичення життєвого та професійного досвіду у різних соціальних ситуаціях, виконання різноманітних видів діяльності. У спілкуванні формуються і виявляються властивості особистості медичного психолога: тривожність, невпевненість, агресивність, ригідність і т. д. На цьому тлі іноді дисгармонійно розвивається і комунікативна компетентність.

Важливою умовою успішності комунікативної взаємодії між консультантом та пацієнтом стає оперування фахівцем цілим рядом як спеціальних медичних та психологічних знань, так і знань про правила організації спілкування, способах трансляції та адекватної інтерпретації інформації, що надається, про особливості мовної поведінки пацієнтів, про

потенційні комунікативні перешкоди, про засоби створення сприятливої психоемоційної атмосфери. Перераховані види знань дають уявлення про особливості здійснення комунікації в сфері медико-психологічної допомоги в її прототипній формі – спілкуванні психолога і пацієнта, що позначається в особливому професійному дискурсі.

Різні аспекти усного медико-психологічного дискурсу активно розробляються західними та американськими соціолінгвістами, послідовниками дискурс-аналізу та аналізу мови, етнографами мови, соціологами і психологами [2]. Інформація, отримана в ході вивчення усного медико-психологічного дискурсу, і по сьогодні має фрагментарний, несистематизований характер. Спроби вивчення його окремих аспектів не дозволили в повному обсязі визначити модель комплексного аналізу дискурсу, виробленого лікарем-медичним психологом і пацієнтом, виявити його екстралінгвістичну, когнітивну, жанрову специфіку, а також основні джерела комунікативних перешкод в ньому.

В основі формування комунікативної компетентності лежить ще одна психологічна характеристика особистості – прагнення перебувати разом з іншими людьми, належати до якоїсь соціальної групи, встановлювати емоційні зв'язки з оточуючими, бути включеним в систему міжособистісних взаємин. В конфліктних ситуаціях, у разі загострення взаємин, присутність поруч емоційно близьких людей стабілізує картину світу і самооцінку, зміцнює позиції, дозволяє більш точно і адекватно реагувати на зовнішні події. Відомо, що в стані тривоги підвищується потреба в інших людях, в їх співучасті; сама їх присутність поруч значно знижує рівень тривоги, зменшує інтенсивність негативних переживань [3]. Для будь-якої людини наявність соціальних зв'язків є настільки важливою, що вже тільки їх недостатність вважається можливою причиною розвитку стресу. Ця невід'ємна риса – потреба в інших людях,

прагнення до взаємодії з ними, в соціально-психологічній літературі позначається терміном «афіліація» – потреба людини бути в товаристві інших, прагнення до приєднання [4]. Внутрішньо (психологічно) афіліація виступає у вигляді почуття прихильності і вірності, а зовні – у товариськості, бажанні співпрацювати з іншими людьми, постійно перебувати разом з ними, в особливостях невербальної поведінки. Titchener визначає аффіліацію як певний клас соціальних взаємодій, що мають повсякденний, і в той же час, фундаментальний характер. Зміст таких взаємодій полягає в «спілкуванні зі знайомими, малознайомими і незнайомими людьми, і така їхня підтримка, що приносить задоволення, захоплює і збагачує» [5]. У роботі медичного психолога, що відрізняється тривалістю і інтенсивністю різноманітних соціальних контактів, ця риса допомагає зберегти живе зацікавлене ставлення до пацієнтів, прагнення допомагати їм і співпрацювати з ними, а також захищає від професійних деформацій, байдужості і формалізму, утримує від такого погляду на хворого, коли він починає розглядатися як безособове анонімне «тіло», частина якого потребує «терапевтичного ремонту» [6].

Інша психологічна характеристика, що забезпечує комунікативну компетентність консультанта – це емоційна стабільність, врівноваженість за відсутності імпульсивності, надмірної емоційної експресивності, із збереженням контролю над емоційними реакціями і поведінкою в цілому. Емоційна стабільність допомагає спеціалісту у взаєминах з хворими та їх родичами уникати «психологічних зривів», конфліктів. Інтенсивні емоційні реакції не тільки руйнують довіру хворого, лякають і насторожують його, а й астенизують, втомлюють самого консультанта. Навпаки, душевна рівновага фахівця, його спокійна доброзичливість, емоційна стабільність викликають у пацієнта відчуття надійності, сприяють встановленню довірливих відносин. У ситуації хвороби, як правило, у кожної людини підвищується рівень тривоги, що

призводить до посилення емоційної нестійкості, дратівливості, плаксивості, запальності, спалахах агресивності. У більшості випадків спостерігається також астенія – в якості однієї з найбільш поширених і неспецифічних форм психічного реагування на різноманітні внутрішні і зовнішні патогенні фактори: психогенної, травматичної, соматогенної та іншої природи. Хворі, з їх нестабільною психікою, тривожністю, невпевненістю, занепокоєнням, лабільністю емоційних реакцій, потребують стабілізуючого впливу з боку медичного психолога. Особливо це важливо для хворих з важкими психічними розладами. Так, одним з можливих психологічних способів підвищення рівня соціальної адаптації хворих на шизофренію є вербалізація різноманітних вражень і уявлень, їх систематизація та узагальнення, що міняють картину світу хворого і стабілізують його стан.

Психологічною якістю, що забезпечує адекватну комунікацію в системі взаємовідносин «консультант – хворий», є також емпатія, здатність до співчуття, співпереживання, своєрідна психологічна «включеність» у світ переживань та сподівань хворого. Сучасне розуміння емпатії як осягнення емоційного стану, проникнення у внутрішній світ іншої людини, припускає наявність трьох її видів: емоційної емпатії, заснованої на механізмах ототожнення та ідентифікації; когнітивної (пізнавальної) емпатії, що базується на інтелектуальних процесах (порівнянні і аналогії), і предикативної емпатії, що виявляється в здатності до прогностичного уявлення про іншу людину, заснованого на інтуїції. Емоційна співучасть допомагає встановити довірчий психологічний контакт з хворим, отримати більш повну і точну інформацію про нього, його стан, надати впевненість у компетентності фахівця, в адекватності здійснюваного ним діагностично-корегувального процесу, вселити віру в одужання. Емпатичні якості медичного психолога можуть бути корисними у випадках невідповідності продемонстрованих хворим суб'єктивних ознак тих чи

інших симптомів об'єктивній клінічній картині захворювання: при агравації, дисимуляції і анозогнозії, а також у разі симулятивного поведінки.

Психологічною характеристикою, що бере участь у формуванні комунікативної компетентності медичного психолога, є і сенситивність до відторгнення. Здатність сприймати негативне ставлення оточуючих, зокрема, пацієнтів, яке може виникати на певних етапах лікування, надає консультанту своєрідного «зворотного зв'язку», що дозволяє йому корегувати свою поведінку у взаєминах з хворим. Водночас, сенситивність до відторгнення не повинна бути занадто високою, інакше вона сприяє зниженню самооцінки консультанта, блокує його афіліативну потребу, і в цілому знижує його адаптивні і компенсаторні можливості. Висока чутливість до негативного ставлення з боку хворого та його родичів змушує фахівця сумніватися у своїй професійній компетентності. Подібні сумніви, в свою чергу, можуть реально відбитися на якості роботи. Нерідко (у молодих спеціалістів) невпевненість у власній професійній спроможності стає причиною психічної травматизації і призводить до психоемоційних розладів.

Існують певні психологічні особливості, що знижують комунікативну компетентність медичного психолога. Його професійна діяльність завжди пов'язана з розробкою стратегії і тактики психотерапевтичного впливу і, отже, вимагає вміння прогнозувати події, передбачаючи можливі варіанти розвитку захворювання, ускладнення, ятрогенії, наслідки фармакологічного лікування. У зв'язку з цим важливою є наявність у медичного психолога такої характеристики, як тривожність, яка впливає на його прогностичні можливості, виконуючи залежно від ступеня вираженості як адаптивну, так і дезадаптивну роль. Тривога – це емоція, спрямована в майбутнє, що пов'язана з прогнозуванням, передбаченням, очікуванням можливих невдач, з формуванням відповідних внутрішніх команд і настанов. Як правило, емоція тривоги виникає

в ситуаціях невизначеності і очікування, обумовлених дефіцитом інформації, часу на роздуми і важкопрогнозованим результатом. Легка ступінь тривоги (занепокоєння) – суто людська реакція на невизначеність, що сигналізує про можливу небезпеку і виконує в цьому випадку адаптивну функцію. Мобілізація під впливом тривоги адаптивних, компенсаторних і захисних механізмів дозволяє більш ефективно протистояти можливій небезпеці. Тривожність як властивість особистості дозволяє фахівцю чуйно реагувати на зміни в стані пацієнта і вчасно вживати необхідних психотерапевтичних заходів. Хворим це сприймається як розуміння з боку консультанта, його не тільки професійна, але й емоційна підтримка, що підвищує ефективність терапевтичної комунікації. Однак, інтенсивна ступінь емоції тривоги (страх, паніка, жах) виконує по відношенню до пізнавальної діяльності дезорганізуючу, руйнуючу функцію, паралізує продуктивну роботу психічних процесів. Інтенсивна тривога заважає адекватно оцінити ситуацію, визначити можливі варіанти її розвитку і вибрати найбільш правильне за даних обставин рішення. Страх, паніка у медичного психолога переривають його комунікацію з пацієнтом, руйнують психологічний контакт між ними. Тривога спеціаліста транслюється хворому і додатково дезорганізує його. Під впливом тривоги можуть порушуватися різні функції організму, який реагує, наприклад, порушеннями сну, зниженням апетиту, різноманітними вегетативними коливаннями. Підвищена тривожність відзначається у більшості пацієнтів, тому її посилення під впливом страху, пережитого консультантом, вкрай не бажане. У цьому випадку хворий може відчутти безнадійність свого стану, перестає вірити в можливість одужання. Консультанти з високою особистісною тривожністю, схильні реагувати на будь-які зміни її підвищенням, можуть створювати навколо хворого ятрогенно небезпечну обстановку.

Іншою характеристикою медичного психолога, здатною зруйнувати його комунікацію з пацієнтом, може бути депресивність. Якщо емоція тривоги спрямована в майбутнє, то депресія пов'язана з переживанням минулого, коли в уяві знов і знов виникають образи пережитих конфліктів, психотравмуючих подій. Минуле представляється суцільним ланцюгом невдач і неприємностей, формуючи відчуття безвиході, безнадії, яке проектується в майбутнє. Втрачається перспектива, життя забарвлюється переживанням власної неспроможності, неповноцінності. Медичний психолог, що має схильність до депресивних реакцій, не викликає довіри хворого. Спостерігаючи, як консультант на будь-яку, навіть незначну подію, неточність, помилку реагує почуттям провини, не може опанувати себе і гідно вийти з неприємного становища, хворий починає підозрювати його в некомпетентності, перестає йому вірити. Занурений у власні переживання, фахівець може навіть не помітити поліпшення в стані свого пацієнта, вчасно не підтримати його, підкресливши симптоми одужання і, навпаки, «заражає» того тужливою безнадією, руйнуючи позитивні ефекти проведеної терапії.

Ще одна психологічна характеристика, що утруднює встановлення довірчих відносин «консультант – хворий» – це глибока інтровертованість фахівця. Інтроверсія, за визначенням К. Юнга, характеризується як спрямованість суб'єкта на самого себе, зверненість до власних відчуттів, переживань, пізнавальних конструкцій, що по-своєму, суб'єктивно, інтерпретують навколишній світ [7]. Інтроверт орієнтується на власні цінності, ідеали, переконання, моральні та етичні норми. Інтровертована особистість, занурена в свій психологічний світ, цілком зайнята собою, своїми почуттями, ідеями, враженнями, мало цікавиться іншими людьми, виявляючи безпорадність у ситуації, що вимагає взаємодії та співпраці з оточуючими. Як правило, інтровертованість супроводжується недоліком афіліації, чуйності, тактовності в

міжособистісних відносинах, низьким рівнем емпатії з недостатньою здатністю відгукуватися на біль і страждання іншого, зменшувати його занепокоєння і тривогу. Ці якості можуть суттєво знизити комунікативну компетентність медичного психолога, виступаючи в ролі «комунікативного бар'єру», що перешкоджає ефективному спілкуванню. Інтровертованість, виражена в значній мірі, ускладнює встановлення психологічного контакту з хворим, взаємодію з ним, не забезпечує необхідного ступеня емоційної підтримки.

Багатовіковий досвід майстерного вміння спілкуватися з хворими, що уявляє з себе мистецтво, формує нашу уяву про те, що воно починає створюватися ще в процесі навчання в медичному вузі, згодом – під час самостійного професійного спілкування в умовах клініки, стикаючись з людьми різних психологічних якостей, різного віку, рівню освіти, соціальної та професійної приналежності. Спочатку, на ранніх етапах навчання, починаючи взаємодіяти з хворими, майбутні медичні психологи часто несвідомо, за механізмом наслідування, копіюють стиль поведінки тих викладачів, що викликали в них особливу повагу, на чію думку вони орієнтувалися, переймаючи у них манеру спілкування з хворими, особливості їх невербальної поведінки (жести, мімічні реакції, пози, манеру проводити клінічне інтерв'ю), інтонації, запозичуючи з їх словника ключові фрази (часто – першу фразу, з якої починається контакт з пацієнтом та останню фразу з заключними узагальнюючими формулюваннями). По мірі накопичення досвіду професійного спілкування, молодий фахівець вже усвідомлено починає використовувати різноманітні психологічні навички, які полегшують встановлення контакту з хворим. Чим більше стаж роботи медичного психолога, тим уважніше він ставиться до психологічних аспектів діагностичного та психотерапевтичного процесу, підвищенню рівня комунікативної

компетентності, що неодмінно забезпечує більш високу ефективність професійної взаємодії.

Слід пам'ятати, що адаптація молодого медичного психолога до професійної діяльності займає близько двох років. Як правило, цей час необхідний йому для того, щоб відчувати себе впевнено в новій соціальній ролі, виробити індивідуальний професійний «імідж», придбати певний репертуар навичок, алгоритмів дії в стандартних професійних ситуаціях. На початку самостійної роботи молодий спеціаліст зазвичай ще не відчуває себе цілком упевнено, орієнтуючись на більш досвідчених колег, до допомоги яких він вдається в складних або відповідальних випадках. Триває пошук інформації, тренування професійних навичок з отриманням зворотного зв'язку (схвалення, заохочення з боку старших), інтенсивне спілкування з молодими початківцями-колегами, що забезпечує обопільну емоційну підтримку. Цей пізнавальний елемент професійної адаптації можна позначити як вдосконалення професійних знань, умінь, навичок.

Іншою, емоційною складовою професійної адаптації медичного психолога, є вироблення навички визначення тієї міри емоційної «включеності» у ситуацію хворого, яка необхідна в кожному конкретному випадку професійного спілкування. Цей компонент адаптації пов'язаний з емпатією, з «дозуванням» емоційної залученості в процесі міжособистісної взаємодії з хворим. У перші роки самостійної професійної діяльності молодий фахівець в прагненні якомога краще допомогти хворому, переживає підвищену відповідальність за свої дії – внаслідок недостатньої впевненості в своєму професіоналізмі, відчуває надмірні емоційні навантаження. Така надлишкова «включеність» в світ переживань хворого, підвищений рівень тривоги як реакція на ситуацію невизначеності, невпевненості; побоювання і настороженість щодо можливих наслідків призначеного лікування, призводять

до хронічних емоційних перенавантажень. У молодого фахівця знижуються адаптивні і компенсаторні можливості. Внаслідок постійної перевтоми можливі порушення імунітету, часті простудні захворювання, загострення хронічних соматичних розладів. Виникає «синдром емоційного вигорання» як специфічна професійна деформація осіб, що працюють в тісному емоційному контакті з пацієнтами при наданні медичної допомоги [8]. «Синдром емоційного вигорання» суб'єктивно виявляється в почутті психічного виснаження, внаслідок чого знижується ефективність професійної взаємодії: консультант вже не може повністю віддаватися роботі, як це було колись, що впливає на самооцінку; його діяльність суб'єктивно сприймається ним як недостатньо успішна. Можлива поява негативного ставлення до пацієнтів, що сприймаються як джерело хронічної психічної травматизації. Взаємодіючи з хворим, такий консультант перестає брати до уваги психологічні феномени, пов'язані з захворюванням – внутрішню картину хвороби з її складною структурою, механізми психологічного захисту і копінг-поведінку, не реагує на тривогу пацієнта, не помічає його депресивних, суїцидальних тенденцій. У висловлюваннях медичного психолога про своїх хворих можуть з'явитися цинізм, холодна байдужість і, навіть, ворожість. Ця своєрідна «криза» професійної діяльності може повторюватися час від часу. Хворі перестають звертатися до такого спеціаліста за допомогою, іноді віддаючи перевагу менш досвідченим і компетентним, але більш доброзичливим. У період подібної кризи фахівець потребує відпочинку, зміни діяльності, психологічного «розвантаження», психотерапевтичної допомоги. У жінок-консультантів емоційне виснаження розвивається більш частіше, ніж у колег-чоловіків. В персонологічному плані таких жінок описують як співчуваючих, гуманних, м'яких, захоплених таємницями професії, схильних ідеалізувати оточуючих

людей. Одночасно, це особи емоційно нестійкі, з коливаннями настрою, інтроверсією, здебільшого позбавлені достатньої емоційної підтримки.

По мірі «професійного дорослішання» медичний психолог навчається «дозувати» ступінь емоційної залученості в процесі професійного спілкування. Емоційна складова найбільш важлива на початку спілкування з хворим, при встановленні довірчої дистанції. Надалі, емоційні компоненти можуть бути свідомо значно зменшені. Інтенсивність емоційних контактів з пацієнтом підвищується лише на окремих, найбільш значущих етапах діагностики і психотерапії. Роль емоційної взаємодії зростає в ситуаціях виникнення загрози життю хворого (суїцидні тенденції), при спілкуванні з депресивними пацієнтами, а також при контактах з хворими, які перенесли важку психічну травму (смерть близької людини, втрата працездатності, розлучення).

Ще один компонент професійної адаптації пов'язаний з формуванням «професійного іміджу» – як важливого інструменту фахової діяльності. Один з найбільш значущих його елементів – впевнена поведінка медичного психолога, його синтонність. За будь-яких, найнесподіваніших, найнебезпечніших ситуацій, навіть якщо консультант шокований, наляканий, пригнічений допущеною помилкою – він не повинен показувати своєї розгубленості хворому. Упевнений стиль поведінки допомагає сформувати у хворого «терапевтичну ілюзію» абсолютної компетентності фахівця, його здатності контролювати ситуацію і визначати прогноз, що дозволяє пацієнту зберігати віру в благополучний результат психотерапевтичного втручання.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Таким чином, ми можемо зробити висновок, що оволодіння комунікативною компетентністю надає фахівцю можливість створити оптимальні умови для консультативного процесу, зекономити час на першому етапі клінічного інтерв'ю, викликати у хворого бажання продовжувати спільну роботу. Впевнена поведінка допомагає

забезпечити довіру хворого, вселити в нього надію, тим самим активізуючи захисні і компенсаторні механізми. Іншими складовими «професійного іміджу» є характеристики невербальної поведінки: відкриті пози, що розташовують до спілкування; комунікативні та експресивні жести, розраховані на створення певного враження; мімічні реакції, що виражають доброзичливість, спокійну впевненість; міжособистісна дистанція, що відображає ступінь емоційної близькості в кожен момент спілкування залежно від поставлених тактичних завдань. Важливим є і зовнішній вигляд медичного психолога, особливості його мови: довірчої, владної і, водночас, спокійної, з впевненою інтонацією, плавністю вимови, добре побудованою лексикою. Всі ці компоненти підвищують ступінь довіри і впевненість у професійній компетентності медичного психолога.

Список використаних джерел

1. Болотова А. К. Психологія комунікацій / Болотова А. К., Жуков Ю. М. – М.: Вид. Дім ВШЕ, 2015. – 496с
2. Чеботнікова Т. А. Мовна поведінка як один із способів актуалізації особистості / Т. А. Чеботнікова //Вісник Челябінського державного університету, 2017.– № 28 (243).– С. 138-143.
3. Психологічний вплив у міжособистісній та масовій комунікації [ред. Журавльов А. Л., Павлова Н.Д.]. – Вид-во ІІ РАН, 2014.– 400с.
4. Андрєєва Г.М. Соціальна психологія / Г. М. Андрєєва.– М.: Аспект-Прес, 2016.– 363с.
5. Titchener E. (2005) Reviewing The Arts (Lea's Communication Series).- 184 p.
6. Maslach C., Jackson S. E. The Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.
7. Юнг К.Г. Психологічні типи / К. Г. Юнг.– М.: Академпроект, 2019 – 538с.

8. Бабанов С. А. Професійні фактори і стрес: синдром емоційного вигорання / С. А. Бабанов // Важкий пацієнт.– 2009.– № 12.– С.10-13.

References.

1. Bolotova, A. K. Zhukov, YU. M. (2015), “*Psikhologiya kommunikatsiy*” [Psychology of communications] – Izdatel'skiy Dom VSHE, Moscow, Ru.

2. Chebotnikova, T.A.(2017), “Language behavior as one of the ways to actualize the personality”, *Vestnik Chelyabinskogo gosudarstvennogo universiteta*, vol 28 (243), pp. 138-143, Ru.

3. “*Psikhologicheskoye vozdeystviye v mezhlchnostnoy i massovoy kommunikatsii*” [Psychological influence in interpersonal and mass communication] [red. Zhuravlev, A.L. Pavlova, N.D.], (2004), Izd-vo IP RAN, Moscow, Ru.

4. Andreyeva, G. M. (2016), “*Sotsial'naya psikhologiya*”, [Social psychology], Aspekt-Press, Moscow, Ru.

5. Titchener, E. (2005) *Reviewing The Arts* (Lea's Communication Series), En.

6. Maslach, C. Jackson, S. E. (1986), “The Maslach Burnout Inventory”. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, En.

7. Yung, K.G. (2019), “*Psikhologicheskiye tipy*” [Psychological types], Akademproyekt, Moscow, Ru.

8. Babanov, S.A. (2009), “Professional factors and stress: emotional burnout”, *Trudnyy patsiyent*, vol. 12, pp. 10-13, Ru.

УДК 616.895:613.67:616-05:617.7-001.4

Харченко Євген Миколайович, доктор медичних наук, професор, завідувач відділу психіатрії станів залежності ДУ «Інститут психіатрії МОЗ України», Київ, Україна; kharchenko.yevh@gmail.com

ORCID ID 0000-0002-4340-8503

Древіцька Оксана Остапівна, доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри медичної психології ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом»; 02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна; drevitska@ukr.net; +38 (067) 702-45-90

ORCID ID 0000-0002-1551-9329

Сиропятов Олег Геннадійович, доктор медичних наук, професор, завідувач відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів ДУ «Інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ, Україна; ndips@ukr.net

ORCID ID 0000-0002-1177-3127

Мажбіц Валентина Борисівна, кандидат медичних наук, науковий співробітник відділу психосоматичної медицини та психотерапії ДУ «Інститут психіатрії МОЗ України», Київ, Україна; mazhbitc@gmail.com

ORCID ID 0000-0002-1177-7283

Михальчук Наталія Олександрівна, доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри практики англійської мови Рівненського державного гуманітарного університету, Рівне, Україна; Natasha1273@ukr.net

ORCID ID 0000-0003-0492-9450

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДАХ У КОМБАТАНТІВ

Анотація

Харченко Євген Миколайович, доктор медичних наук, професор, завідувач відділу психіатрії станів залежності ДУ «Інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ, Україна; **Древіцька Оксана Остапівна**, доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри медичної психології ПрАТ «ВНЗ «МАУП», м. Київ, Україна; **Сиропятов Олег Геннадійович**, доктор медичних наук, професор, завідувач відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів ДУ «Інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ, Україна; **Мажбіц Валентина Борисівна**, кандидат медичних наук, науковий співробітник відділу психосоматичної медицини та психотерапії ДУ «Інститут психіатрії МОЗ України, м. Київ, Україна; **Михальчук Наталія Олександрівна**, доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри практики англійської мови Рівненського державного гуманітарного університету, м. Рівне, Україна.

Характеристика клінічної симптоматики при психотичних розладах у комбатантів.

Ключові слова: психотичні розлади, клінічна симптоматика, комбатанти.

Постановка проблеми. Участь у військових операціях викликає високу частоту психогенних порушень, які, у свою чергу, можуть бути пусковим чинником виникнення психозів. Оцінка структури, особливостей формування, маніфестації, симптоматики та перебігу психотичних розладів у комбатантів сприятиме розробці відповідних заходів їх психопрофілактики і лікування.

Формулювання мети статті. Мета - дослідити клінічну симптоматику при психотичних розладах у комбатантів.

Виклад основного матеріалу. Проведено аналіз 64 історій хвороб комбатантів, які перенесли психози та лікувалися в психіатричних стаціонарах. За даними медичної документації було досліджено структуру психотичних розладів, симптоматику при госпіталізації. Обробку отриманих даних проводили за критерієм χ^2 .

Результати аналізу 64 історій хвороб показали, що у більшості пацієнтів-комбатантів, які лікувалися стаціонарно в психіатричних установах, були виставлені наступні основні діагнози: шизофренія (F20) – у 28 осіб, шизотипові розлади (F21) – у 4 осіб, гострі та транзиторні психотичні розлади (F23) – у 25 осіб, шизоафективні розлади (F25) – у 7 осіб. У 38 (59,4%) комбатантів психотичні розлади розпочиналися гостро, після перенесеної психотравми, тоді як у решти осіб поступово посилювалися розлади психіки і поведінки, які унеможлилювали їх подальшу військову службу. Розлади мислення, маячні ідеї та неадекватний афект переважали в структурі психопатологічної симптоматики. У проявах маячних розладів та афективних реакцій спостерігалися переживання, які були пов'язані з військовими операціями, травмами та смертельними випадками однополчан у 47 комбатантів (72,3%). Коморбідні до психотичних розладів окремі симптоми і розгорнута симптоматика ПТСР до початку лікування мала місце у 52 осіб (81,3%).

Висновки і перспективи подальших досліджень. Здійснено аналіз поширеності та структури психотичних розладів у комбатантів за аналізом медичної документації. Досліджено нозологічний спектр, маніфестацію, характеристику клінічної симптоматики при шизофренії й гострих та транзиторних психотичних розладах.

Аннотация

Харченко Евгений Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом психиатрии состояний зависимости ГУ «Институт психиатрии МОЗ Украины», г. Киев, Украина; **Древицкая Оксана Остаповна**, доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой медицинской психологии ЧАО «ВУЗ «МАУП», г. Киев, Украина; **Сыропятов Олег Геннадьевич**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом медико-социальных проблем терапии психических расстройств Д ГУ «Институт психиатрии МОЗ Украины», г. Киев, Украина; **Мажбиц Валентина Борисовна**, кандидат медицинских наук, научный сотрудник отдела психосоматической медицины и психотерапии ГУ «Институт психиатрии МОЗ Украины», г. Киев, Украина; **Михальчук Наталия Александровна**, доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой практики английского языка Ровенского государственного гуманитарного университета, г. Ровно, Украина. **Характеристика клинической симптоматики при психотических расстройствах у комбатантов.**

Ключевые слова: психотические расстройства, клиническая симптоматика, комбатанты.

Постановка проблемы. Участие в военных операциях вызывает высокую частоту психогенных нарушений, которые, в свою очередь, могут быть пусковым фактором возникновения психозов. Оценка структуры, особенностей формирования, манифестации, симптоматики и течения психотических расстройств у комбатантов будет способствовать разработке соответствующих мер их психопрофилактики и лечения.

Формулировка цели работы: Цель - исследовать клиническую симптоматику при психотических расстройствах у комбатантов.

Изложение основного материала. Материалы и методы исследования. Проведен анализ 64 историй болезней комбатантов, перенесших психозы и лечившихся в психиатрических стационарах. По данным медицинской документации были исследованы: структура психотических расстройств, симптоматика при госпитализации. Обработку полученных данных проводили по критерию χ^2 .

Результаты анализа 64 историй болезней показали, что у большинства пациентов-комбатантов, которые лечились стационарно в психиатрических учреждениях, были выставлены следующие основные диагнозы: шизофрения (F20) – у 28 пациентов, шизотипические расстройства (F21) – у 4 человек, острые и преходящие психотические расстройства (F23) – у 25, шизоаффективные расстройства (F25) – у 7 пациентов. У 38 (59,4%) комбатантов психотические расстройства начинались остро, после перенесенной психотравмы, тогда как у остальных лиц постепенно усиливались расстройства психики и поведения, исключаящие их дальнейшую военную службу. Расстройства мышления, бредовые идеи и неадекватный аффект преобладали в структуре психопатологической симптоматики. В проявлениях бредовых расстройств и аффективных реакций наблюдались переживания, которые были связаны с военными операциями, травмами и смертельными случаями однополчан у 47 комбатантов (72,3%). Коморбидные к психотическим расстройствам отдельные симптомы и развернутая симптоматика ПТСР до начала лечения имела место у 52 пациентов (81,3%).

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Осуществлен анализ распространенности и структуры психотических расстройств у комбатантов с помощью анализа медицинской документации. Исследованы: нозологический спектр, манифестация психозов, проведен подробный сравнительный анализ клинической симптоматики при наиболее часто

встречающихся психозах: шизофрении (F20), острых и транзиторных психотических расстройствах (F23).

Annotation

Kharchenko Y. M., PhD, MD, Professor, Head of the Department of Addiction Psychiatry, Institute of Psychiatry, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; **Drevitska O. O.**, PhD, MD, Associate Professor, Head of the Medical Psychology Department, The Private Joint-Stock Company “Higher Educational Institution “Interregional Academy of Personnel Management”; Kyiv, Ukraine; **Syropyatov O. H.**, PhD, MD, Professor, Head of the Department of Medical and Social Problems of Therapy of Mental Disorders of the Institute of Psychiatry of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; **Mazhbits V. B.**, PhD, Research Fellow, Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Institute of Psychiatry, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; **Mykhalchuk N. O.**, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of the Department of English Language Practice, Rivne State University for the Humanities, Rivne, Ukraine. **Characteristics of Clinical Symptoms of Psychotic Disorders of Combatants.**

Keywords: psychotic disorders, clinical symptoms, combatants

Formulation of the problem. Participation in hostilities causes to a high incidence of psychogenic disorders, which can be a reason for psychosis. Assessment of the structure, features of the formation, the manifestation, symptoms of psychotic disorders of combatants will contribute to the development of appropriate measures of their psychoprophylaxis and treatment.

Analysis of recent research and publications. In conditions of local armed conflict, combat mental trauma (pathological state of the central nervous system of prenosological level, caused by combat stress factors) can increase mental illnesses 3-4 times and reduce the combat capability of servicemen within 10 to 50%. World

statistics shows that each fifth combatant suffers from neuropsychiatric disorders when there is no any physical damage. According to statistics of different countries, from 6,6% to 12,7% of military men are discharged due to mental disorders, which is about 30% of all diseases in the army. However, during periods of active fighting up to 15-25% of personnel suffer from various mental disorders.

Formulating the purpose of the article. *Objective:* to investigate the clinical symptomatology of psychotic disorders of combatants.

Material and methods. 64 cases of stories of combatants who underwent psychosis and were treated in psychiatric hospitals had been analyzed. According to the medical records there were investigated: the structure of psychotic disorders, symptoms during hospitalization. The data obtained were processed according to the criterion χ^2 .

Results. The analysis of 64 medical cases showed that the majority of combatant, who had their treatment at psychiatric hospitals, the following diseases had been diagnosed: schizophrenia (F20) – 28 persons, schizotypal disorders (F21) – 4 persons, acute and transient psychotic disorders (F23) – 25 persons, schizoaffective disorders (F25) – 7 persons. 38 (59,4%) patients had the situation when psychiatric disorders began acutely after some trauma, while the rest of the persons gradually were increased by their mental disorders and behavior, which precluded their further military service. Thinking disorders, delusional ideas and inadequate affect were predominated in the structure of psychopathological symptoms. The manifestations of delusional disorders and affective reactions were associated with military operations, injuries and fatalities of some combatants (there are 47 combatants (72,3%)). Comorbid to psychotic disorders were individual symptoms or advanced post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms to the beginning of treatment (52 patients (81,3%)).

Conclusions and prospects for further research. An analysis of the prevalence and structure of psychotic disorders in combatants on the analysis of medical records was carried out. Investigated: nosological spectrum, manifestation of psychoses, detailed comparative analysis of clinical symptoms in the most common psychoses: schizophrenia (F20) and acute and transient psychotic disorders (F23).

CHARACTERISTICS OF CLINICAL SYMPTOMS OF PSYCHOTIC DISORDERS OF COMBATANTS

Keywords: psychotic disorders, clinical symptoms, combatants

Formulation of the problem. The problem of psychiatric disorders of combatants: their structure, features, mechanisms of formation – is one of the most actual and least developed issues of clinical psychiatry. Participation in hostilities causes to a high incidence of psychogenic disorders, which can be a reason for psychosis. Assessment of the structure, features of the formation, the manifestation, symptoms of psychotic disorders of combatants will contribute to the development of appropriate measures of their psychoprophylaxis and treatment.

Analysis of recent research and publications. In conditions of local armed conflict, combat mental trauma (pathological state of the central nervous system of prenosological level, caused by combat stress factors) can increase mental illnesses 3-4 times and reduce the combat capability of servicemen within 10 to 50%. World statistics shows that each fifth combatant suffers from neuropsychiatric disorders when there is no any physical damage [1-3, 5].

According to statistics of different countries, from 6,6% to 12,7% of military men are discharged due to mental disorders, which is about 30% of all diseases in the

army. However, during periods of active fighting up to 15-25% of personnel suffer from various mental disorders [4, 7-9].

Ukrainian servicemen who are in the area of fighting carry a special burden of prolonged extraordinary psycho-emotional load, which often results in signs of psychiatric disorders, for example, post-traumatic stress disorders, disorders of the depressive circle, which can provoke manifestations of psychotic disorders [1, 4-5] .

The scientists separate acute period of mental disorders, which includes acute and transient mental disorders of varying severity of each person. These people haven't previously had any psychiatric disorders, in response to exceptional physical and psychological stress lasting several hours or days. However, at first, when the person has treatment at the hospital it is difficult to differentiate this psychological stress with the possible development of schizophrenia [1, 5-8].

Features of psychotic symptoms of combatants can be caused not only by psychogenic effects, but also by somatic pathology, injuries, and traumatic brain injuries because of the war [7-9].

Particular attention we have to pay for studying of the symptoms of the psychotic registry, because the military is a special contingent who need increased social attention in a case of illness with psychosis, since the presence of their military experience can pose a threat to the lives and health of the patients themselves, their relatives and their social environment.

Assessment of the structure, features of the formation, manifestation, clinical and psychopathological explications of psychotic disorders of combatants will contribute to the development of appropriate measures of their psychoprophylaxis and treatment.

Formulating the purpose of the article. Objective: To investigate the characteristics of clinical symptoms of the most common psychotic disorders of combatants.

The tasks of our research:

- to analyze the frequency of various psychotic disorders of combatants. who were treated in a psychiatric department of the hospital;
- to study of the symptoms of the most common mental disorders of combatants;
- to analyze of typicality and specificity of symptomatology of combatants with psychosis.

The presentation of the main material. Material and methods of research: 64 cases of illnesses and their treatment of combatants who had psychosis and were treated at psychiatric hospitals were analyzed. According to medical data, the structure of psychotic disorders, symptoms at the beginning of inpatient treatment were investigated. Statistical analyses of empiric data was done with the help of χ^2 criterion.

Results. The analysis of the cases of illnesses and their treatment of combatants with acute psychotic symptoms (64 male patients) who were on inpatient treatment at psychiatric hospitals had some certain features. For example, patients from 19 to 58 years old (59; 92,2%) were participated in our research; the average age of the soldiers was 25-30 years old.

The results of our research showed that patients (41, 64,1%) with secondary special education were predominant among all patients. At the same time, 12 patients (18,8%) had higher education and only 6 respondents (9,4%) hadn't higher education (or it was incompleted).

The research showed that 1/3 of patients (19; 29,7%; $p < 0,05$) had more than 10 years of professional experience. The most amount of men (44; 68,9%; $p < 0,05$) have had their own families.

The results of the analysis of 64 cases of illnesses and their treatment showed that inpatients at psychiatric hospitals had been diagnosed with the following diagnoses: schizophrenia (F20) – 28 persons (43,75%), schizotypal disorders (F21)

– 4 persons (6,25%), acute and transient psychotic disorders (F23) – in 25 patients (39,1%), schizoaffective disorders (F25) – 7 respondents (10,9%) patients.

38 patients (59,4%) had psychotic disorders which had begun acutely after some trauma, while the rest of the patients had had disorders of the psyche and behavior which had begun gradually. The last made it impossible for them to continue their military service.

Some features of premorbid were observed in a case when patients had schizophrenia: selectivity of communication, limited emotional attachments (29 patients (45,3%)); often in premorbid there had been a special affection for one of the relatives and rejection of others – such patients there were 25 (39,1%).

The most significant provoking manifestation of acute psychosis were mental traumas, such as emotional deprivation. In such kinds of situations the patients lost the usual for them support, which led to the development of alarming symptoms, to uncertainty and experience of danger. This, at first, gave risen psychogenic problems, and then some procedural anxiety, suspicion and hallucinatory-dreamy symptoms.

Because inpatient combatants were most often diagnosed with schizophrenia – 44% of respondents, and patients who had acute and transient psychotic disorders – 39% of them, a comparative analysis of symptoms of them was done.

The analysis of the main groups of patients with psychotic disorders showed that at the stage of hospitalization and before the effects of treatment with psychotropic drugs patients had symptoms of a psychotic circle: disorders of contact, disorders of thinking, emotional and volitional disorders, motor and behavioral ones. The main symptoms and their frequency are shown in Tables 1-3.

Table 1.

Disorders of contact, general state of patients at the movement of hospitalization

Symptoms	Patients with schizophrenia (F20) N =28	Patients with acute and transient psychotic disorders (F23) N=25
----------	--	---

	amount	%	Amount	%
Sleep disorders	23	82,1	18	72,0
Autism	12	42,8	4	28,0
Negativism	8	28,6	3	12,0
Indifference in appearance, carelessness	21	75,0*	9	36,0*
Confusion	8	28,6*	16	64,0*
Motor Inhibition	15	53,6*	3	12,0*

- – P < 0,05, according to the criterion χ^2 .

As we can see from the results of Table 1, patients with schizophrenia had motor inhibition, indifference to their appearance, they were characterized by carelessness, whereas the state of confusion had prevailed in a case of acute and transient psychotic disorders, such differences in symptomatology we'll show by Fig. 1.

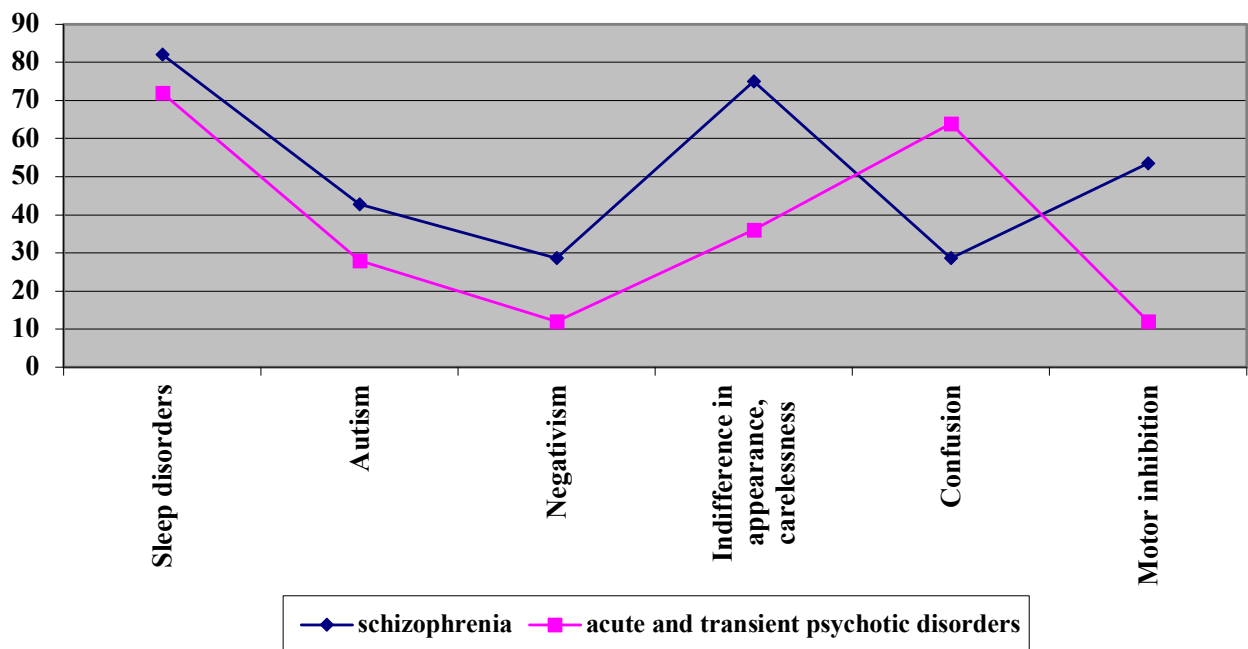


Fig. 1. Frequency (in %) of a number of symptoms in a case of schizophrenia (F20) and acute and transient psychotic disorders (F23)

It should be noted that motor disorders of patients were unstable: motor inhibition was alternated with periods of unmotivated psychomotor excitation, with elements of aggression in expressions and behavior of respondents.

Patients with schizophrenia in the period before the beginning of their treatment with the help of psychotropic drugs also more often had: periodic arousal, unmotivated aggression, and in the process of communication we often noted their emotional impoverishment, lack of syntony in emotional responses (Table 2, Fig. 2).

The most amount of patients had a bad (lowered) mood, such as 78,6% patients with schizophrenia and 68% of patients with acute and transient psychotic disorders. Unmotivated depressive state was more commonly observed in a case of patients with schizophrenia: patients did not explain the cause of this mood, whereas respondents with acute and transient psychotic disorders explained the real events they had experienced during the fighting or due to deteriorating of relationships with relatives.

Table 2.

Emotional disorders of patients at the moment of hospitalization

Symptoms	Patients with schizophrenia (F20) N =28		Patients with acute and transient psychotic disorders (F23) N=25	
	amount	%	amount	%
Fear, anxiety	18	64,3	12	48,0
Low mood	22	78,6	17	68,0
Excitation	18	64,3	8	36,0
Aggression	12	42,8	7	28,0
Mood swings	20	71,4	19	76,0
Emotional impoverishment	20	71,4**	7	28,0**

** – P <0,01, according to the criterion χ^2 .

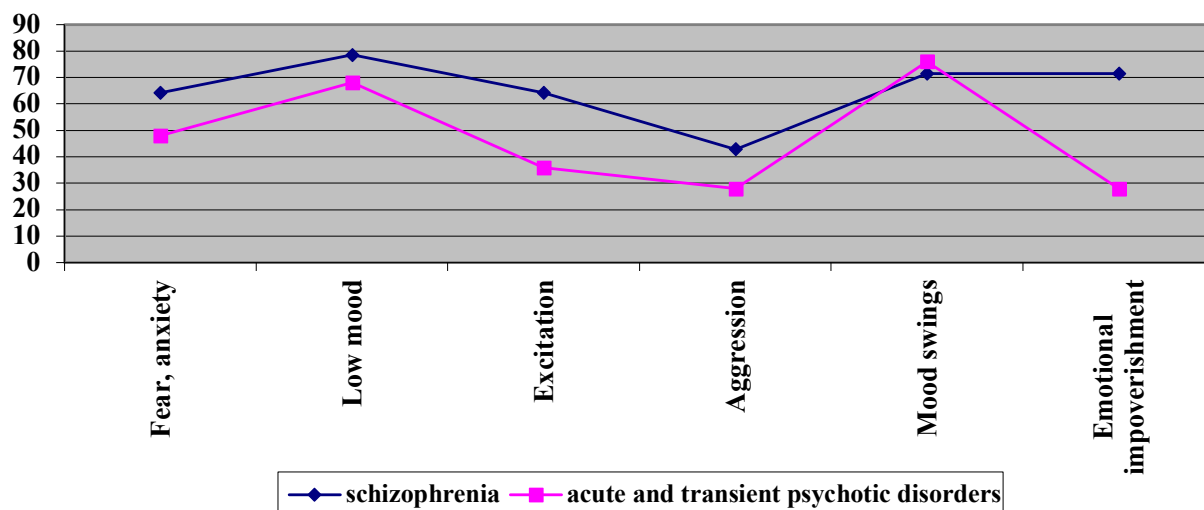


Fig. 2. Frequency (in %) of symptoms of emotional disorders in cases of schizophrenia (F20) and acute and transient psychotic disorders (F23)

Emotional disorders of patients with psychosis were different. As we can see from Table 2, low mood was combined with other disorders. Patients with schizophrenia often had: emotions of fear, increased anxiety. Their emotions were often “detached” from the statements and suggestions of these patients. Emotions were unmotivated, while patients with acute and transient psychotic disorders more often expressed fear and anxiety when they described their state.

Comparison of symptoms of emotional disorders shows that the absence of emotional impoverishment in a great degree was more characterized patients with schizophrenia, as well as cognitive disorders, that is clearly shown in Table. 3 and Fig. 3.

Table 3.

Disorders of perception, thinking and speech of patients with psychoses

Symptoms	Patients with schizophrenia (F20) N =28	Patients with acute and transient psychotic disorders (F23) N=25

	amount	%	amount	%
Voices in patient's head	21	75,0**	8	32,0**
False recognitions	5	17,6*	12	48,0*
Interruption of thoughts	26	92,9**	12	48,0**
Ideas of influences on thoughts	23	82,1**	9	36,0**
Looming persecution	21	75,0*	12	48,0*
Non-critical thinking	26	92,9**	14	56,0**
Poverty of speech	25	89,3*	16	32,0*
Neologisms	23	82,1**	11	44,0**

* – P < 0,05, ** – P < 0,01 according to the criterion χ^2 .

Probably more often such symptoms as: “voices in someone’s head”, “interruption of thoughts”, “ideas of influences on thoughts”, “looming persecution”, “poverty of speech” and “neologisms” had patients with a diagnosis of “schizophrenia”, while “false recognitions” and a state of confusion more often had patients with acute and transient psychotic disorders.

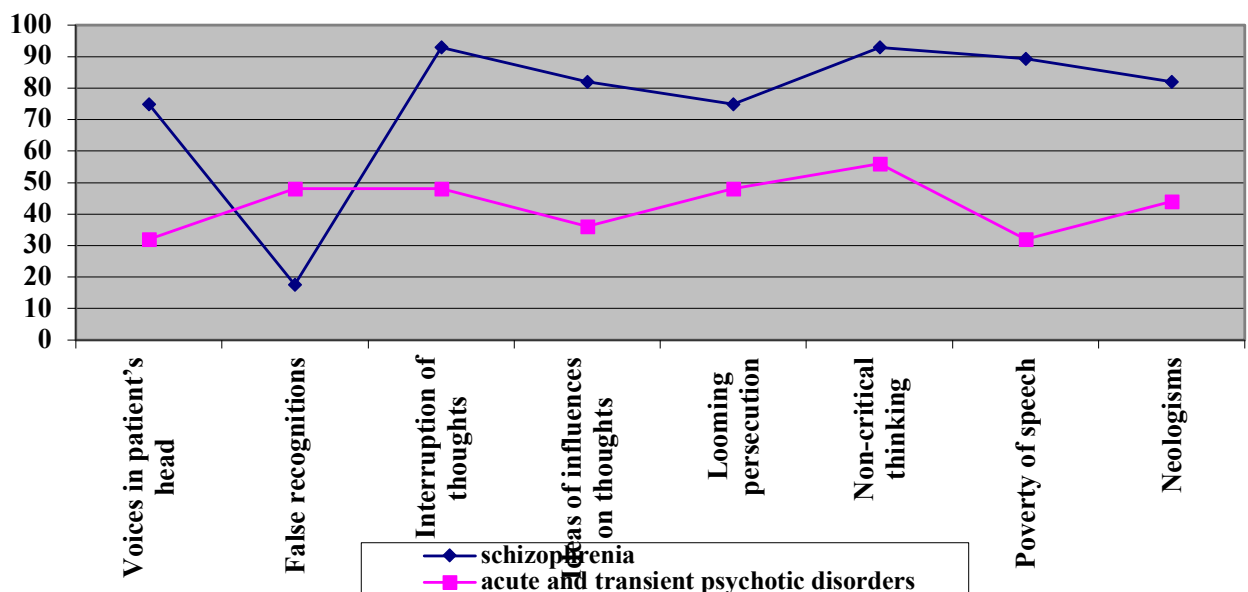


Fig. 3. Frequency (in %) of symptoms of cognitive disorders in cases of schizophrenia (F20) and acute and transient psychotic disorders (F23)

In a case of acute and transient psychotic disorders under the influence of mental trauma, psychotic disorders became polymorphic and variable in nature, coexisted with neurotic symptoms. But in a case of schizophrenia the symptoms did not go beyond the hallucinatory-mare registry, there was only the inclusion of psychogenic changes. Manifestations of endogenous psychosis have become more classic.

Hallucinations in a case of acute and transient psychotic disorders have often been associated with people and events which have done psychologically injured effect on patients. Their delusional production has also reflected the content of psychotrauma.

The pathoplastic effect of psychotrauma, which was determined at the stage of initiation schizophrenic psychosis, had decreased or stopped completely. The result of this was in falling out the psycho-traumatic event from the storyline of psychotic experiences. The most amount of patients have had endoreactive psychosis until its complete reduction. In these cases, as the endogenous attacks have progressed, both in a case of endoreactive, independent and pathoplastic variants of endogenous and psychogenic disorders, there was a psychopathological “shift” towards a typical disorder of a particular form of psychosis.

Thus, the analysis of the symptoms in cases of schizophrenia (F20) and acute and transient psychotic disorders (F23) showed that some patients who had been diagnosed with F23 after treatment because of re-hospitalization were marked with F20. But during the first psychotic period they had been more made “softer” diagnosis, and that had reduced the level of stigmatization of patients and could facilitate their social adaptation for a certain period of time.

Among the symptoms of all 64 patients with psychosis disorders of thinking were dominated. These disorders were different: in content, by their form, violations of abstract thinking, there were observed stereotyped statements, lack of judgment and criticism of their own statements. Inadequacy of thinking was combined with inadequacy of behavior, emotional and volitional disorders.

Thinking disorders were also combined with depressive circle symptoms (39 (60,9%) patients), maniacally similar affect was only observed in 15,6% (10 patients), and psychopathic symptoms had 19 respondents (29,7%).

The content of delusional thinking disorders and affective reactions was related to military operations, injuries and deaths during military operations in 72,3% cases (47 military men with various psychotic disorders). Comorbid to psychotic disorders, some symptoms and widespread symptoms of PTSD before the beginning of treatment were in 81,3% of cases (52 people).

Situation of emotional deprivation (62,5%) played a significant role in the formation of psychotic disorders. In situations where it was the loss of a close friend or a colleague, firstly affective shocks appeared, after them in a few days there was psychogenic depression, and then there were observed affective and delusional psychoses with polymorphic symptoms or psychoses with inverse maniacal affect and paraffin delusions.

In 15,6% cases (10 patients) there was an inadequate paradoxical reaction to the situation of life threat, manifested by maniacal affect and expansive delirium, when patients spoke about their special purpose in the fight against the enemy, in the creation of new means, devices that will make a person immortal, when they planned to make all the humanity happy.

Mixed affective state was often a reflection of variable in the intensity of psychologically traumatic circumstances. Some patients explained their “rise” in a

state of maniacal affect, as a divine uplift that, according to the patients, kept them from inevitable death during the fighting.

According to the results of our research, we have to fix and note probable difficulties of microsocial and social adaptation of sick combatants. Although about 70% of sick men had a family (44; 68,9%), only half of them (34; 53,1%) wanted to continue to live in their families, and 27 (42,1%) of patients complained on difficult relationships with family members.

According to professional adaptation, it should be noted that only 32 patients (50%) had a positive social outlook after hospital discharge, and another 16 among them (25,0%) were recommended to have the 3rd group of disability. This factor shows us further difficulties in social adaptation of 75% of combatants with psychosis.

Therefore, speaking about the difficulties of family and professional adaptation of combatants who have suffered of psychosis, we have to emphasize that social and psychological rehabilitation at the place of their residence, the creation of special programs for such patients, is of particular importance for them.

Conclusions and prospects for further research.

1. The prevalence and the structure of psychotic disorders of combatants treated at the hospital were analyzed. Psychoses of these patients were the most often presented by such diagnoses: schizophrenia – 28 patients (43,75%), acute and transient psychotic disorders – 25 respondents (39,1%); schizoaffective disorders (F25) – 7 ones (10,9%), schizotypal disorders (F21) – 4 patients (6,25%).

2. The manifestation of such a disease was acute in 59,4% cases (38 patients) after psychotic trauma, while the rest of the individuals gradually had disorders of the psyche and behavior that made it impossible for them to continue military service.

3. At the time of hospitalization at the hospital, all patients had emotional and volitional disorders and disorders of thinking: in a content, in a form, abstract thinking

disorders, stereotypical statements, lack of judgment, criticism of their own statements and suggestions.

4. Thinking disorders were combined with affective disorders of the depressive circle (39 patients (60,9%)), maniacal affect took a place in 15,6% of cases (10 patients), psychopathic symptoms had 19 respondents (29,7%).

5. The symptoms in a case of schizophrenia (F20) and acute and transient psychotic disorders (F23) were differed, mainly at the level of the explication of cognitive sphere. In a case of schizophrenia symptoms (such as “voices in the head”, interruptions of thoughts, ideas of influence on thoughts, delusions of persecution, non-critical thinking, poverty of speech and neologisms) were more often to be observed. We have to emphasize that false recognition on the background of the state of confusion took a place more often when patients were confused and when respondents had transient psychotic disorders.

6. Individual symptoms which were comorbid to psychotic disorders and widespread symptoms of PTSD till the beginning of the treatment took a place in 81.3% of cases (52 people). Difficulties in relations with family and friends were noted by the majority of patients, and in 75% of cases there was a decrease of the level of capacity of their professional activity, which indicated the importance of continuing the social and psychological rehabilitation of such a contingent of patients after hospital discharge.

Perspectives for further researches are related with a detailed study of clinical and psychopathological phenomenology and comorbidity of psychotic disorders of combatants using a wide range of psychodiagnostic techniques.

The similarity of the clinical picture of the most common psychosis of combatants indicated a possible change in the diagnosis of "acute and transient psychotic disorders (F23)" of some patients with the diagnosis of "schizophrenia

(F20)" with further exacerbation of the disease and deepening social disadaptation of these patients.

Our research points out the importance of further follow-up researches with the aim to develop recommendations for correct diagnosis and for appropriate treatment and rehabilitation. The presence of additional psycho-traumatic factors requires the use of specific approaches to psychological correction and psychotherapy in the process of rehabilitation.

Based on these empirical researches, we plan to develop individualized approaches to prevention, treatment and rehabilitation of psychotic disorders of sick military personnel who have suffered by a psychotic episode.

Список використаних джерел

1. Волошин П. В. Посттравматичні стресові розлади: проблеми лікування и профілактики / Волошин П. В., Шестопалова Л. Ф., Підкоритов В. С. // Міжнародний медичний журнал, 2004.- Т. 10.- № 1.- С. 33–37.

2. Михайлов Б. В. Принципи психотерапії і фармакотерапії розладів психіки і поведінки екстремально-психогенного походження / Б. В. Михайлов // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал, 2015.- Т. 8.- № 3 (29).- С 4–14.

3. Семигіна Т. Охорона психічного здоров'я в умовах війни: у 2-х т. / Семигіна Т., Павленко І., Овсяннікова Є. - К.: Наш формат, 2017.-Т.1-568 с.

4. Охлопкова Т. Охорона психічного здоров'я в умовах війни: у 2-х т./ Охлопкова Т., Бацюк Т.- К.: Наш формат,2017.-Т.2.-548 с.

5. Пінчук І. Я. Оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій: метод. рекомендації / Пінчук І. Я., Хаустова О.О.- К., 2014.- 47 с.

6. Spinhoven, P., Penninx, B.W., van Hemert, A.M., de Rooij, M., & Elzinga, B.M. (2014). Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: Prevalence and shared risk factors. *Child abuse & neglect*, 38(8), pp.1320–1330.

7. Patel, M.B., Jackson, J.C., Morandi, A., Girard T.D. (2016). Incidence and Risk Factors for ICU-related Posttraumatic Stress Disorder in Veterans and Civilians. *AJRCCM*. article in press. - retrieved from: <http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.201506-1158OC#.WBi0j3V97eQ>

8. War Trauma Foundation and World Vision International (2010). Psychological First Aid Anthology of Resources. Downloadable from: www.interventionjournal.com/ and www.psychosocialnetwork.net.

9. World Health Organization (2010). mhGAP Intervention Guide for Mental Health, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings. Geneva: WHO Mental Health Gap Action Programme. http://www.who.int/mental_health/mhgap.

References

1. Voloshyn, P. V. Shestopalova, L. F. Podkorytov V. S. (2004), “Posttraumatic stress disorders: problems of treatment and prevention”, *Mezhdunarodny medytskyzny zhurnal*, vol. 10 (1), pp. 33-37, Ru.

2. Mykhailov, B.V. (2015). “Principles of psychotherapy and pharmacotherapy of disorders of the psyche and behavior of extreme psychogenic origin”, *Mizhnarodnyi psykhiatrychnyi, psykhoterapevtychnyi ta psykhoanalychnyi zhurnal [International psychiatric, psychotherapeutic and psychoanalytic journal]*, vol. 8 (3) (29), pp. 4-14, Uk.

3. Semyhina, T. Pavlenko, I. Ovsiannikova, Y. (2017), “Okhorona psykhichnoho zdorovia v umovakh viiny” [Mental health care during a war], In 2 parts, Part 1, Nash format., Kyiv, Uk.

4. Okhlopkova, T. Batsiuk, T. (2017). “*Okhorona psykhychnoho zdorovia v umovakh viiny*” [Mental health care during a war], In 2 parts, Part 2, Nash format, Kyiv, Uk.
5. Pinchuk, I. Ya. Khaustova, O. O. (2014). “Optymizatsiia pidkhodiv do nadannia psykhiatrychnoi dopomohy vidpovidno do suchasnykh potreb uchasnykiv boiovykh diy”, *Metodychni rekomendatsii*, Kyiv, Uk..
6. Spinhoven, P. Penninx, B. W. van Hemert, A. M. de Rooij, M. & Elzinga, B. M. (2014). “Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: Prevalence and shared risk factors”, *Child abuse & neglect*, vol. 38(8), pp.1320-1330, En.
7. Patel, M. B. Jackson, J. C. Morandi, A. Girard, T. D. (2016). “Incidence and Risk Factors for ICU-related Posttraumatic Stress Disorder in Veterans and Civilians”, *AJRCCM. article in press*, [Online], available at: <http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.201506-1158OC#.WBi0j3V97eQ>, En.
8. War Trauma Foundation and World Vision International (2010). “Psychological First Aid Anthology of Resources”, [Online], available at: www.interventionjournal.com/ and www.psychosocialnetwork.net, En.
9. World Health Organization (2010), “mhGAP Intervention Guide for Mental Health, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings. Geneva: WHO Mental Health Gap Action Programme”, [Online], available at: http://www.who.int/mental_health/mhgap, En.

Чёрная Татьяна Владимировна, доктор философии в области психологии, профессор МКА, руководитель регионального отделения Европейской Академии естественных наук, психолог Инклюзивно-ресурсного центра №3 Деснянского района г. Киева, 02156, ул. Братиславская 14-а, г. Киев, Украина;

ORCID ID 0000-0002-2396-4377

ФОРМИРОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ ПРИ ПОМОЩИ КОМПЛЕКСНОЙ ИГРОВОЙ КИНЕЗИТЕРАПИИ

Анотація

Чорна Т. В., доктор філософії в галузі психології, професор МКА, керівник регіонального відділення Європейської Академії природничих наук, психолог інклюзивної-ресурсного центру №3 Деснянського району м. Києва; м. Київ, Україна. **Формування рухових навичок у дітей з аутизмом за допомогою комплексної ігрової кінезітерапії.**

Ключові слова: діти, рухові навички, кінезітерапія, аутизм, сенсорна інтеграція.

Постановка проблеми. Згідно зі статистичними даними, кількість дітей з аутизмом з кожним роком збільшується в усьому світі, при цьому у третини аутичних дітей є рухові порушення. Рухові проблеми зустрічаються так само часто, як і когнітивні порушення. Тому фізичні навантаження необхідні в комплексній програмі занять для дитини з аутизмом. Фізкультура може стати підтримкою і провідником в соціум для багатьох дітей, каталізатором в правильній побудові корекційно-розвиваючому процесі для дитини з аутизмом.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Сьогодні діти з аутизмом стали невід'ємною частиною сучасного суспільства. Захворюваність на аутизм в Києві за останні вісім років зросла в 4,5 рази. Незважаючи на велику кількість досліджень і публікацій, проблема раннього дитячого аутизму є актуальною в області практичної медицини, психології, корекційної педагогіки.

Діти з аутизмом не тільки відрізняються своєю поведінкою, мисленням, сприйняттям світу. У них також часто зустрічаються рухові порушення у вигляді незграбності, незвичайної ходи, координації руху, гипотонус або гіпертонус м'язів. У дітей рухові розлади обмежують можливості для розвитку і пізнання світу. Це призводить до замкнутості, обмежує соціальну взаємодію. Тому фізкультура може стати підтримкою і провідником в соціум для багатьох дітей, каталізатором в правильній побудові корекційно-розвиваючого процесу для дитини з аутизмом.

Формулювання мети статті. Мета дослідження - вивчити рухові особливості дітей з аутизмом та розробити авторський ефективний метод формування у них рухових навичок.

Виклад основного матеріалу. Метод комплексної ігрової кінезітерапії, розроблений нами під керівництвом професора А. П. Чуприкова, спрямований на корекцію психологічних особливостей та сенсорики дітей з аутизмом і відхиленнями у розвитку психіки та поведінки. За допомогою цього методу, з'являється можливість впливати на онтогенез психіки на самому ранньому етапі, коли дитина ще не може вступати в мовний контакт. Комплексність методу полягає в залученні різних прийомів впливу на органи чуття і кістково-м'язову систему (пальцевий масаж, елементи краніо-сакральної терапії, елементи йоги, динамічна гімнастика на м'ячі для фітнесу, сенсорні ігри). Важливим компонентом ігрової кінезітерапії є заняття на м'ячі.

Для батьків це також є хорошою терапією, тому що вони із задоволенням спостерігають за заняттям, вчаться новим прийомам у грі з дитиною, завдяки чому дитина стає більш радісною, розкривається в більшому обсязі.

Висновки і перспективи подальших досліджень. Метод ігрової кінезітерапії з використанням м'яча для фітнесу можна рекомендувати для формування психомоторної та інтелектуальної діяльності дитини і становлення у нього найважливіших рухових навичок, що складають основу не тільки ігровий, але також навчальної та трудової діяльності. Цей універсальний метод оздоровлення дитини з аутизмом може застосовуватися як самостійно, так і в поєднанні з іншими медичними і психолого-педагогічними методами корекції

Аннотація

Чёрная Т. В., доктор философии в области психологии, профессор МКА, руководитель регионального отделения Европейской Академии естественных наук, психолог Инклюзивно-ресурсного центра №3 Деснянского района г. Киева; г. Киев, Украина. **Формирование двигательных навыков у детей с аутизмом при помощи комплексной игровой кинезитерапии.**

Ключевые слова: дети, двигательные навыки, кинезитерапия, аутизм, сенсорная интеграция.

Постановка проблемы. Согласно статистическим данным, количество детей с аутизмом с каждым годом увеличивается во всем мире, при этом у трети аутичных детей есть двигательные нарушения. Двигательные проблемы встречаются так же часто, как и когнитивные нарушения. Поэтому физические нагрузки необходимы в комплексной программе занятий для ребенка с аутизмом. Физкультура может стать поддержкой и проводником в социум для многих детей, катализатором в правильном построении коррекционно-развивающем процессе для ребенка с аутизмом.

Анализ последних исследований и публикаций. Сегодня дети с аутизмом стали неотъемлемой частью современного общества. Заболеваемость аутизмом в Киеве за последние восемь лет выросла в 4,5 раза. Несмотря на большое количество исследований и публикаций, проблема раннего детского аутизма является актуальной в области практической медицины, психологии, коррекционной педагогики.

Дети с аутизмом не только отличаются своим поведением, мышлением, восприятием мира. У них еще часто встречаются двигательные нарушения в виде неуклюжести, необычной походки, координации движения, гипотонус или гипертонус мышц. У детей двигательные расстройства ограничивают возможности для развития и познания мира. Это приводит к замкнутости, ограничивает социальное взаимодействие. Поэтому физкультура может стать поддержкой и проводником в социум для многих детей, катализатором в правильном построении коррекционно-развивающего процесса для ребенка с аутизмом.

Формулирование цели статьи. Цель исследования - изучить двигательные особенности детей с аутизмом и разработать авторский эффективный метод формирования двигательных навыков у детей с аутизмом.

Изложение основного материала. Метод комплексной игровой кинезитерапии, разработанный нами под руководством профессора А. П. Чуприкова, направлен на коррекцию психологических особенностей и сенсорики детей с аутизмом и отклонениями в развитии психики и поведения. С помощью этого метода появляется возможность влиять на онтогенез психики на самом раннем этапе, когда ребенок еще не может вступать в речевой контакт. Комплексность метода состоит в привлечении самых разных приемов воздействия на органы чувств и костно-мышечную систему (пальцевой массаж, элементы кранио-сакральной терапии, элементы йоги, динамическая

гимнастика на мяче для фитнеса, сенсорные игры). Важным компонентом игровой кинезитерапии являются занятия на мяче.

Для родителей это также является хорошей терапией, т.к. они с удовольствием наблюдают за занятием, учатся новым приемам в игре с ребенком, благодаря чему ребенок становится более радостным, раскрывается в большем объеме.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Метод игровой кинезитерапии с использованием мяча для фитнеса можно рекомендовать для формирования психомоторной и интеллектуальной деятельности ребенка и становления у него важнейших двигательных навыков, составляющих основу не только игровой, но также учебной и трудовой деятельности. Этот универсальный метод оздоровления ребенка с аутизмом может применяться как самостоятельно, так и в сочетании с другими медицинскими и психолого-педагогическими методами коррекции.

Annotation

Chorna T. V., PhD in the field of psychology, professor of ISA, head of the regional branch of the European Academy of Natural Sciences, psychologist of the inclusive resource center №3 Desnyansky district of Kyiv; Kyiv, Ukraine. **Formation of Motor Skills in Children with Autism with the Help of Complex Game Kinesitherapy.**

Key words: children, motor skills, kinesitherapy, autism, sensory integration.

Formulation of the problem. According to statistics, the number of children with autism is increasing every year worldwide, with a third of autistic children having movement disorders. Motor problems are as common as cognitive impairment. Therefore, exercise is necessary in a comprehensive training program for a child with autism. Physical education can be a support and guide in society for many children, a

catalyst in the correct construction of the correctional and developmental process for a child with autism.

Analysis of recent research and publications. Children with autism have become an integral part of modern society. The incidence of autism in Kyiv has increased 4.5 times over the past eight years. Despite the large number of studies and publications, the problem of early childhood autism is relevant in the field of practical medicine, psychology, correctional pedagogy.

Children with autism not only differ in their behavior, thinking, perception of the world. They also often have movement disorders such as clumsiness, abnormal gait, coordination, hypotonia or muscle hypertonia. In children, motor disorders limit opportunities for development and knowledge of the world. This leads to isolation, limits social interaction. Therefore, physical education can be a support and guide in society for many children, a catalyst in the proper construction of the correctional and developmental process for a child with autism.

Formulating the purpose of the article. The purpose of the study is to study the motor characteristics of children with autism and to develop an author's effective method of forming motor skills in them.

The presentation of the main material. The method of complex game kinesitherapy, developed by us under the guidance of Professor A. P. Chuprikov, is aimed at correcting the psychological characteristics and sensory characteristics of children with autism and disorders in the development of psyche and behavior. With this method, it is possible to influence the ontogenesis of the psyche at the earliest stage, when the child can not yet enter into verbal contact. The complexity of the method is to involve various methods of influencing the senses and musculoskeletal system (finger massage, elements of craniosacral therapy, elements of yoga, dynamic gymnastics on fitness balls, sensory games). An important component of game kinesitherapy is ball training.

For parents, this is also a good therapy, because they are happy to watch the lesson, learn new techniques in playing with the child, so that the child becomes happier, reveals more.

Conclusions and prospects for further research. The method of game kinesitherapy with the use of a fitness ball can be recommended for the formation of psychomotor and intellectual activity of the child and the formation of the most important motor skills that form the basis of not only play, but also learning and work. This universal method of rehabilitation of a child with autism can be used alone or in combination with other medical and psychological and pedagogical methods of correction.

Ключевые слова: дети, двигательные навыки, кинезитерапия, аутизм, сенсорная интеграция.

Постановка проблемы. Согласно статистическим данным, количество детей с аутизмом с каждым годом увеличивается во всем мире. Часто первыми ставят диагноз родители, основываясь на собственных наблюдениях. Поскольку аутизм сопровождается особенностями поведения, родители ищут пути эффективной помощи своим детям. По мнению специалистов, у трети аутичных детей есть двигательные нарушения. Двигательные проблемы встречаются так же часто, как и когнитивные нарушения. Отмечается, что физические нагрузки необходимы в комплексной программе занятий для ребенка с аутизмом. Физкультура может стать поддержкой и проводником в социум для многих детей, катализатором в правильном построении коррекционно-развивающего процесса для ребенка с аутизмом. В целом, систематическое использование физических упражнений является важным фактором помощи детям с аутизмом.

Анализ последних исследований и публикаций. Сегодня дети с аутизмом стали неотъемлемой частью современного общества. Заболеваемость аутизмом в Киеве за последние восемь лет выросла в 4,5 раза [1]. Несмотря на большое количество исследований и публикаций, проблема раннего детского аутизма является актуальной в области практической медицины, психологии, коррекционной педагогики.

Аутизм влияет на каждого человека по-разному, поэтому и симптомы имеет разные. Коварство аутизма в том, что заметить его при обычном краткосрочном осмотре даже очень опытному врачу первичного звена не всегда легко. Эти проявления не столь категоричны и не так бросаются в глаза, как, например, повышенная температура, кашель или сыпь. Поэтому огромная надежда в деле первичной диагностики аутизма именно на родителей и семью [2].

Наиболее ярко картина нарушения проявляется от двух с половиной до трех лет. До этого возраста симптомы выражены слабо. Часто педиатры, детские психиатры не могут увидеть в ранних симптомах аномалии развития. Советуют родителям немного подождать, надеясь, что ребенок перерастет необычные проявления. Иногда родители отказываются замечать ранние патологии или не могут заметить, если это первый ребенок. Чтобы установить диагноз, консультации у педиатра недостаточно. Медицинских анализов, с помощью которых можно диагностировать аутизм, не существует. Диагноз ставится на основании наблюдения за тем, как ребенок ведет себя и общается.

Именно поэтому симптомы аутизма первыми замечают те люди, которые смотрят за ребенком. Поскольку аутизм проявляется в поведении, речи и общении, родители замечают, что ребенок ведет себя не так, как другие дети его возраста, играет в одиночестве, не смотрит в глаза другим. Примерно половина родителей замечают необычное поведение ребенка к полутора годам, к двум

годам на отклонения обращают внимание 80 % родителей. Часто у родителей создается ощущение, что ребенок живет в своем отдельном мире. Проявляются повторяющиеся ритуалы поведения, интересы и игры. Например, ребенок все время раскачивается, ненормально привязан к определенным предметам или сильно расстраивается, если меняется привычный ход вещей. Стереотипное поведение для многих людей с аутизмом носит компенсирующий характер, регулирующий их сенсорную систему и помогающий им справиться с сенсорной перегрузкой.

Когда ребенку диагностируют аутизм, педагогический приоритет ставится на изменение особенностей поведения для развития социальных и коммуникативных навыков, в то время как «сенсорные нужды» ребенка игнорируются [3, стр. 155]. По мнению профессора О. Богдашиной из Лондона, для детей с аутизмом, помещенных в сенсорно-коммуникационную терапию, ситуация складывается лучше, чем если бы их поместили в классы, где основной упор делается на выработку социальных, коммуникативных навыков.

Дети с аутизмом не только отличаются своим поведением, мышлением, восприятием мира. У них еще часто встречаются двигательные нарушения в виде неуклюжести, необычной походки, координации движения, гипотонус или гипертонус мышц. Еще в первых описаниях аутизма шла речь о том, что 50-80% людей с аутизмом испытывают двигательные нарушения.

Новые данные указывают на то, что у всех без исключения детей с расстройствами аутистического спектра наблюдаются двигательные нарушения, которые проявляются в разной степени. У детей двигательные расстройства ограничивают возможности для развития и познания мира. Это приводит к замкнутости, ограничивает социальное взаимодействие.

Профессор Эндрю Уайтхаус из института Телетон Кидз, Австралия, и его коллеги в ходе исследований диагностической оценки детей с аутизмом в

возрасте от 6 лет и младше обнаружили, что у трети аутичных людей есть двигательные нарушения, на которые редко обращают внимание [4].

Несомненно, это является проблемой, но выход заключается в создании благоприятных условий для систематических и правильно организованных занятий физическими упражнениями. В семьях, где есть дети с аутизмом, родители прибегают к различным видам помощи своим детям. При интенсивном вмешательстве, дети с аутизмом очень загружены коррекционными занятиями. Именно поэтому физические упражнения оказываются последними в списке задач, и часто до них не доходит очередь. По мнению некоторых родителей, вещи, за которые идёт борьба при аутизме, важнее физкультуры.

Однако, специалисты из разных стран считают, что физические нагрузки необходимы в комплексной программе занятий для ребенка с аутизмом. Физкультура может стать поддержкой и проводником в социум для многих детей, катализатором в правильном построении коррекционно-развивающего процесса для ребенка с аутизмом.

Во многих странах для работы с детьми-аутистами осторожно используют групповой метод, напоминающий ЛФК. К нему прибегают в работе с детьми старше 4 лет и подростками. По мнению некоторых специалистов (DevidGeslak, сертифицированный фитнес-консультант Американского колледжа спортивной медицины, автор и координатор программ физической терапии для детей с аутизмом в штате Иллинойс; Пол Кожокару, Румыния, автор ЗС терапии и др.), ребенок должен самостоятельно изъявить желание включиться в процесс обучения. М. Кришталь-Слепян (Израиль) утверждает, что спорт не вытесняет обучение другим навыкам, а является их катализатором, помогает правильно построить коррекционно-развивающий процесс для ребенка с аутизмом [5].

Многие дети с аутизмом страдают дефицитом внимания. Доктор Гимпель, израильский специалист по СДВГ, детский психиатр и невролог, часто рекомендует детям перед напряженной умственной деятельностью позаниматься спортом. Он советует такие виды спорта, как бег или прыжки. По мнению доктора Гимпеля, концентрация внимания значительно улучшается после такого вида деятельности.

Формулирование цели статьи. Цель исследования - изучить двигательные особенности детей с аутизмом и разработать авторский эффективный метод формирования двигательных навыков у детей с аутизмом.

Гипотеза исследования основывается на том, что на расстройства сенсорного синтеза при детском аутизме раньше не обращали внимания ни врачи, ни медицинские психологи, хотя сенсорный синтез является базовой чертой человеческой психики. Именно с расстройствами сенсорного синтеза связано много особенностей патопсихологических черт детского аутизма. Наши исследования призваны доказать, что существуют методы вмешательства (нефармакологические), которые могут помочь ребенку с аутизмом улучшить психическое состояние за счет налаживания в нем сенсорного синтеза.

Объект исследования: психофизические особенности детей с аутизмом.

Предмет исследования: влияние комплексной игровой кинезитерапии на формирование двигательных навыков у детей с аутизмом.

Изложение основного материала. В последнее время широкое распространение получил метод комплексной игровой кинезитерапии, разработанный нами под руководством профессора А. П. Чуприкова. Метод направлен на коррекцию психологических особенностей и сенсорики детей с аутизмом и отклонениями в развитии психики и поведения. С помощью этого метода появляется возможность влиять на онтогенез психики на самом раннем этапе, когда ребенок еще мал и не может вступать в речевой контакт, т.е. когда

его психическая деятельность ограничивается чувствованием и примитивными ответными реакциями, а само чувствование нарушено, повергнуто в состояние сенсорной дезинтеграции. Именно раннее вмешательство помогает ребенку быстрее и качественнее преодолеть проблемы своего развития.

Особенностью авторского метода кинезитерапии является игровая форма [6; 7]. Игра способствует созданию близких отношений между участниками, снимает напряженность, тревогу, страх перед окружающими, повышает самооценку, позволяет проверить себя в различных ситуациях общения. Комплексность метода состоит в привлечении самых разных приемов воздействия на органы чувств и костно-мышечную систему (пальцевой массаж, элементы кранио-сакральной терапии, элементы йоги, динамическая гимнастика на мяче для фитнеса, сенсорные игры) [8].

Важным компонентом игровой кинезитерапии являются занятия на мяче. Начиная с самого раннего детства и буквально до конца жизни, этот необычный по своим качествам предмет становится самым любимым «физкультурным снарядом», помогающим разностороннему развитию каждого, кто бы с ним ни соприкасался.

Используется гладкий мяч диаметром 75-85 см. Мяч должен быть изготовлен из качественного материала, который не вызывает аллергии, не имеет неприятного запаха. Мяч является прекрасным тренажером для тренировки вестибулярного аппарата, расслабления мышечных групп, снятия напряжения, укрепления мускулатуры позвоночника, улучшения подвижности суставов. Но не всегда ребенок бывает сразу готов к занятиям на мяче. Иногда дети испытывают страх при появлении в доме большого мяча. В таких случаях можно прибегнуть к некоторым хитростям. К примеру, показать малышу упражнения на мяче с его любимым медвежонком (своего рода анонс будущего занятия). Или сесть на мяч вместе с ребенком и немного попрыгать. Если

ребенок вам не доверяет, то здесь могут прийти на помощь родители и вместо вас выполнять с ребенком необходимые упражнения под вашим руководством. На мяче выполняются покачивания в разные стороны, кружения, прогибания, переворачивания ребенка со спинки на животик и наоборот. Мяч можно использовать в качестве батута. Мяч сам по себе – очень подвижный инструмент, поэтому необходимо соблюдать осторожность во избежание травм. При помощи мяча легко можно менять положение тела относительно горизонта, подбрасывать малыша вверх, съезжать с мяча вниз на пол, играть с ним в футбол, выполнять броски через голову, ударять руками о мяч. Игры на мяче проходят очень динамично, весело. Даже самый замкнутый ребенок не может устоять перед таким «другом». При помощи мяча можно вызвать у ребенка новые эмоции, которые он никогда раньше не испытывал в повседневной жизни. Не всегда это радость и восторг. Иногда это может быть возмущение и даже негодование, т.к. нарушили его привычный образ жизни. Мяч является неким провокатором, который подталкивает ребенка по-новому проявлять свои эмоции, которые, в свою очередь, также являются для него новыми. В таких ситуациях часто можно наблюдать, как у детей, которые не разговаривают, появляются новые звуки, а у некоторых даже появлялись первые слова (например, «помогите, спасите»). При помощи мяча меняется отношение ребенка к окружающему миру. Во многих семьях дети малоподвижны. Даже активный ребенок испытывает недостаток в движении. Для родителей это также является хорошей терапией, т.к. они с удовольствием наблюдают за занятием, учатся новым приемам в игре с ребенком, часто с удовольствием присоединяются к уроку. От этого ребенок становится более радостным, ему хочется продемонстрировать свои новые возможности, он раскрывается в большем объеме [9, стр. 162, 163].

Идеальная шаровидная геометрическая форма мяча придает ему особые аэродинамические свойства. С одной стороны, они облегчают преодоление сопротивления воздушной среды и увеличивают скорость его полета, а с другой, ограничивают время и площадь контакта, что затрудняет управление им. Это предъявляет исключительно высокие требования к ловкости и координации движений и помогает их совершенствованию. Поэтому мяч следует рассматривать как предложенный самой природой наиболее эффективный способ развития координационных способностей ребенка [10, стр. 18].

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Имеются все основания для того, чтобы метод игровой кинезитерапии с использованием мяча для фитнеса отнести к числу самых полезных для формирования психомоторной и интеллектуальной деятельности ребенка и становления у него важнейших двигательных навыков, составляющих основу не только игровой, но также учебной и трудовой деятельности. Этот универсальный метод оздоровления ребенка с аутизмом может применяться как самостоятельно, так и в сочетании с другими медицинскими и психолого-педагогическими методами коррекции

Список використаних джерел

1. Статистика захворюваності на аутизм [Електронний ресурс].- режим доступу: <https://www.rbc.ua/rus/news/kieve-zabolevaemost-autizmom-vyrosla-4-5-1522684769.html>

2. Гінзбург В. Величезна надія в справі діагностики аутизму покладається на батьків / Валентина Гінзбург // Київ – офіційний портал https://kyivcity.gov.ua/news/velichezna_nadiya_u_spravi_pervinno_diagnostiki_autizmu_pokladayetsya_na_batkiv_valentina_ginzburg/

3. Богдашина О. Б. Сенсорно-перцептивні проблеми при аутизмі / О. Б. Богдашина [ред. Череньова Є.А.].- Красноярськ, 2014.– 180 с.
4. Zeliadt N. Motor problems in autistic people may be grossly underestimated | Nicolette Zeliadt // Spectrum {Електронний ресурс}.- режим доступу: <https://www.spectrumnews.org/news/motor-problems-in-autistic-people-may-be-grossly-underestimated>
5. Кришталь-Слеп'ян М. Ода фізкультурі, або Чому спорт є необхідним в комплексній програмі занять для дитини з аутизмом / М. Кришталь-Слеп'ян // Аутизмі порушення розвитку, 2018.- Т. 16.- № 1.- С. 61-68.
6. Чуприков А. П. Патент на корисну модель № 78372 «Спосіб лікування дитячого аутизму з застосуванням ігрової кінезітерапії» / Чуприков А. П., Зайцев Д. В., Таршинов І. В., Чорна Т. В. // Зареєстровано в Державному реєстрі патентів України на корисні моделі 11.03.2013 р.
7. Чуприков А. П. Патент на корисну модель №88247 «Спосіб лікування дитячого аутизму». / Чуприков А. П., Чуприкова О. Г., Чорна Т. В., Таршинов І. В., Рожков В. С., Мишиєв В. Д., Зайцев Д. В., Чухраєв М. В. // Зареєстровано в Державному реєстрі патентів України на корисні моделі 11.03.2014 р.
8. Чуприков А. П. Про необхідність комплексної сенсорної інтеграції в дітей з патологією розвитку / А. П. Чуприков, Т. В. Чорна // Науково-практичний Рецензуємий журнал «Вчені записки». Вісник Академії.- Хайфа, 2018.- Т. 10.- №2. – С. 190-193.
9. Чорна Т. В. Порушення сенсорно-перцептивної сфери та методи її інтеграції в дітей з аутизмом / Т. В. Чорна // Колективна монографія «Цунамі дитячого аутизму» [ред. А. П. Чуприков].- М.: ІДГТ «Гнозис», 2017.– С. 154-169.
10. Овчинников В. П. Баскетбол і здоров'я дитини / В. П. Овчинников, С. Л. Фетисова, А. А. Несмеянов.- Грозний, 2020.– 265с.

References

1. “*Statystyka zakhvoryuvanosti na autyzm*” [Statistics on the incidence of autism] [Online], available at: <https://www.rbc.ua/rus/news/kieve-zabolevaemost-autizmom-vyrosla-4-5-1522684769.html>, Uk.
2. Ginzburg, V. “*Velychezna nadiya v spravi diahnostyky autyzmu pokladayet'sya na bat'kiv*” [Great hope in the diagnosis of autism rests on parents] , [Online], available at: https://kyivcity.gov.ua/news/velichezna_nadiya_u_spravi_pervinno_diaagnostiki_autizmu_pokladayetsya_na_batkivburg_valent, Uk.
3. Bogdashina, O. B. (2014), “*Sensorno-pertseptyvni problemy pry autyzmi*” [Sensory-perceptual problems in autism], Krasnoyarsk, Ru.
4. Zeliadt, N. “*Motor problems in autistic people may be grossly underestimated*”, | Spectrum, [Online], available at: <https://www.spectrumnews.org/news/motor-problems-in-autistic-people-may-be-grossly-underestimated>, En.
5. Kryshthal-Slepyan , M. (2018), “Ode to physical education, or Why sport is necessary in a comprehensive program for children with autism”, *Autism developmental disorders*, vol. 16 (1), pp. 61 -68, En.
6. Chuprikov, A. P. Zaitsev, D. V. Tarshinov, I. V. Chorna, T. V. (2013), “*Patent na korysnu model' № 78372 “Sposib likuvannya dytyachoho autyzmu z zastosuvanniam ihrovoyi kineziterapiyi*”, [Patent for a utility model № 78372 "A method of treating childhood autism with the use of game kinesitherapy"], Registered in the State Register of Patents of Utility Models of Ukraine on March 11, 2013, Uk.
7. Chuprikov, A. P. Chuprikova, O. G. Chorna, T. V. Tarshinov, I. V. Rozhkov, V. S. Mishiev, V. D. Zaitsev, D. V. Chukhrayev, M. V. (2014), “*Patent na korysnu model' №88247 “Sposib likuvannya dytyachoho autyzmu*” [Patent for a utility model №88247 "Method of treating childhood autism"], Registered in the State Register of Patents of Utility Models of Ukraine on March 11, 2014, Uk.

8. Chuprikov, A. P. Chorna, T. V. (2018), “On the need for comprehensive sensory integration in children with developmental pathology”, *Scientific and practical Peer-reviewed journal "Scientific Notes". Bulletin of the Academy, Haifa*, vol. 10 (2), pp. 190-193, En.

9. Chorna, T. V. (2017), “Violation of the sensory-perceptual sphere and methods of its integration in children with autism”, *Kolektyvna monohrafiya «Tsunami dytyachoho autyzmu»* [ed. A.P. Chuprikov], "Gnosis", Moscow, pp. 154-169, Uk.

10. Ovchinnikov, V. P. Fetisova, S. L. Nesmeyanov, A. A. (2020), “*Basketbol i zdorov"ye rebionka*” [Basketball and child health], Grozny, Ru.